

**UNIVERSITATEA “AL. I. CUZA”
IAȘI**

**FACULTATEA
DE FILOSOFIE**

Coordonator ID:
Prof. dr. Petru BEJAN

ASISTENȚĂ SOCIALĂ
Volumul VI

Învățământ la distanță
Anul III
Semestrul 2

**Editura Universității “Al. I. Cuza”
Iași – 2009**

CUPRINS

ASISTENȚA SOCIALĂ A COPILULUI MALTRATAT7

Lect. dr. Gabriela IRIMESCU

MANAGEMENTUL ȘI EVALUAREA PROGRAMELOR DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ79

Conf. dr. Ștefan COJOCARU

INTRODUCERE ÎN PROBAȚIUNE115

Prof. dr. Doina BALAHUR

ELEMENTE DE PSIHOLOGIE ȘI ASISTENȚA SOCIALĂ A BOLNAVULUI PSIHIC.....181

Conf. dr. Conțiu ȘOITU

MEDICINA SOCIALĂ ȘI ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR CU BOLI CRONICE ȘI HIV/SIDA225

Dr. Răzvan MIFTODE

ASISTENȚA SOCIALĂ A COPILULUI MALTRATAT

Lect. dr. Gabriela IRIMESCU

CUPRINS

I. Perspective teoretice

- I.1. Perspectiva biologică
- I.2. Perspectiva psihopatologică
- I.3. Perspectiva sistemică
- I.4. Perspectiva socială
- I.5. Perspectiva feministă

II. Forme ale violenței în familie

- II.1. Violența asupra bărbaților
- II.2. Violența asupra bătrânilor
- II.3. Violența asupra femeii
- II.4. Abuzul și neglijarea copiilor

III. Specificul intervenției în cazul copilului abuzat

- III.1. Modele de intervenție
 - III.1.1. Modelul lucrului pe caz
 - III.1.2. Modelul intervenției sociale în rețea
 - III.1.3. Modelul campaniilor de sensibilizare la nivel comunitar și politic
- III.2. Etapele intervenției. Tehnici specifice fiecărei etape
 - III.2.1. Semnalarea
 - III.2.2. Evaluarea inițială
 - III.2.3. Intervenția
 - III.2.4. Evaluarea finală.

IV. Prevenirea abuzului

Concluzii

Bibliografie

Scop:

- să ofere studenților noțiuni, explicații și aplicații necesare abordării problematicii asistenței sociale a persoanelor victime ale abuzurilor intrafamiliale.

Obiective:

- analiza conceptelor fundamentale privind violență intrafamilială;
- cunoașterea serviciilor și măsurilor de protecție a victimelor violenței familiale;
- familiarizarea studenților cu metodele specifice de intervenție în cazul copiilor abuzați.

Evaluare**a) criterii:**

- o modul de înțelegere a cunoștințelor;
- o parcurgerea lucrărilor bibliografice recomandate;
- o aplicarea cunoștințelor în practică.

b) modalități:

- o conținutul cursului: examen scris, 50% din nota finală;
- o teme: 40% din nota finală;
- o din oficiu: 10% din nota finală.

I. Perspective teoretice privind situațiile de violență familială

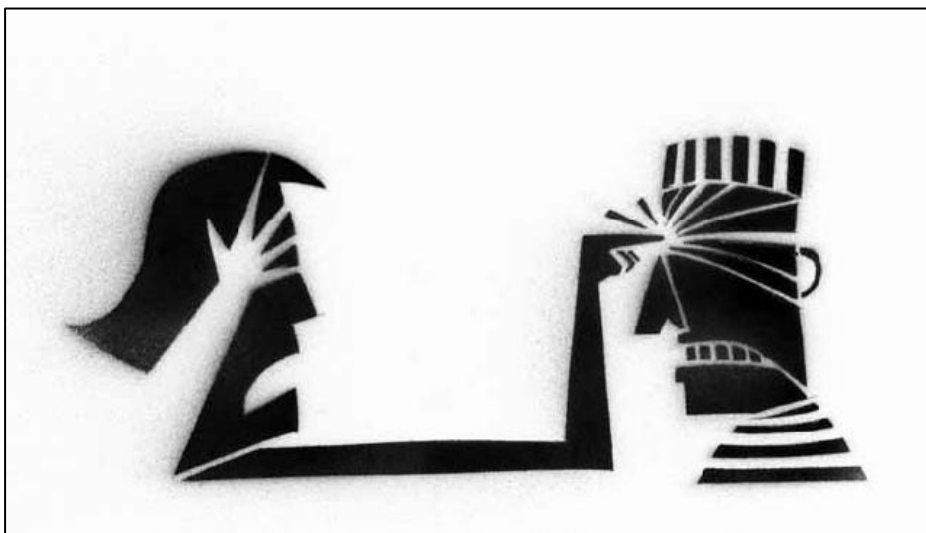
Ce determină apariția violenței în familie ?

Această întrebare este importantă atât pentru teoreticienii, cât și pentru practicienii domeniului.

Stabilirea cauzalității presupune o analiză a violenței la următoarele niveluri: individual, familial/cuplu, vecinătate, comunitate, cultură, sistem economic sau epocă istorică și a variabilelor: gene, simptome psihiatrice, atitudini individuale, moduri de gândire, performanțe în managementul furiei, atitudini sociale, influența mass-media, legislație, pentru aceasta fiind imperios necesară o abordare de tip integrativ.

Pe plan internațional, în anii '70 au apărut primele studii de caz și analize calitative făcute pe eșantioane mici, dar și reacția diferiților observatori la acele studii, care le-au descalificat, considerându-le ca fiind aberante și extrem de rare. A urmat apoi etapa de determinare a incidenței și prevalenței în cadrul populației, urmată de studii corelaționale, care și-au propus să determine diferența dintre bărbații violenți de cei non-violenți (aceste studii fiind câteodată parte a studiilor longitudinale prospective făcute pe eșantioane mici de populație). Următorul pas în progresul metodologiilor l-a constituit analiza datelor corelaționale și descriptive și dezvoltarea teoriilor explicative.

În literatura de specialitate se regăsesc cinci perspective predominante (biologică, psihopatologică, socială, sistemică și feministă), care-și propun să descrie cauzele violenței în familie, revizuiind suportul empiric și descriind implicațiile și limitele intervenției și prevenirii.



Intervențiile specifice împotriva violenței în familie sunt focalizate asupra indivizilor, familiei sau societății și instituțiilor acestora, iar în ceea ce privește prevenirea, un rol important îl joacă studiile prospective ce conduc la necesitatea de a interveni foarte devreme asupra copiilor care au avut asemenea experiențe sau sunt expuși la violență în familiile lor, de a interveni asupra părinților și viitorilor părinți, pentru a distruge ciclul transmiterii intergenerațională a violenței.

I.1. Perspectiva biologică

Teoriile biologice despre agresiune și violență pun accentul pe factorii genetici și neuropatologici și consideră schimbările în structura sau funcționarea creierului datorate traumelor sau factorilor endocriini. Aceste prezumții inițiale au fost înlocuite cu propunerile moderne ce consideră că factorii sociali lucrează ca variabile intermediare în modificarea sau declanșarea diferitelor laturi ale comportamentului, luând astfel naștere conceptul de biologie socială.

Aceste teorii și implicații asociate pentru practică sunt intens controversate și, de asemenea, sunt foarte greu de testat empiric .

Totuși, o recapitulare a literaturii recente despre violența în familie relevă două curente predominante de gândire: primul consideră că *accidentele craniene* reprezintă o cauză a agresiunii în familie, iar al doilea pune accentul pe ideile neo-darwiniene despre *adaptările evoluționiste* care determină violența masculină îndreptată asupra femeii.

La sfârșitul anilor '80 și începutul anilor '90, Rosenbaum și colegii au publicat o serie de articole care evidențiau legătura dintre agresiunea maritală și traumatismele craniene (Rosenbaum și Hoge, 1989; Rosenbaum, 1991; Rosenbaum și colab., 1994). Astfel, ei au descoperit că mulți dintre bărbații care abuzează, în antecedent, au suferit traumatisme craniene și, mai târziu, mulți dintre aceștia au devenit violenți cu membrii familiei lor. Autorii au extins studiile și au demonstrat că traumatismele craniene determină o deteriorare gravă neurologică, care are ca urmare diminuarea controlului asupra impulsurilor, creează hipersensibilitate la alcool, cauzează dificultăți de comunicare, afectează judecata și crește nivelul stresului în cadrul familiei.

Descoperirea acestor legături nu este prea bine primită pentru că, în parte, poate absolvi indivizii violenței de responsabilitatea acțiunilor lor. S-au acceptat limitări metodologice ale cercetărilor, dinrațiunea că unele accidente craniene pot fi cauzate de abuzul în copilărie, iar în acest caz corelația dintre abuzul familial și traumatismele craniene poate fi neavenită. Ulterior, cercetările au evidențiat că indivizii care au suferit un traumatism cranian nu erau mai agresivi acasă decât alți indivizi (Warnken, Rosenbaum, Fletcher, Hoge, Adelman, 1994 *apud* Cunningham și colab., 1998).

Această perspectivă nu aduce contribuții majore în cunoașterea domeniului, dar oferă două indicii remarcabile: 1) cercetarea făcută în cazul afecțiunilor neurologice, cauzate de abuz în copilărie sau neglijare demonstrează că eforturile de prevenire

timpurie sunt cruciale și 2) există posibilitatea ca un segment de abuzatori să nu răspundă favorabil la intervențiile psiho-educative sau cognitive.

Explicațiile neo-darwiniene (teoria evoluționistă a genelor) și psihologice despre agresiunea masculină îndreptată împotriva partenerei evidențiază influența genetică asupra comportamentului. Aceste explicații dovedesc că „interacțiunile noastre sociale sunt influențate de predispozițiile genetice pentru a acționa într-un mod adaptabil în trecutul nostru ancestral” (Emlem, 1997, p. 565). Cu alte cuvinte, comportamentul care ajută organismele să răspundă cu succes la problemele legate de mediul înconjurător se reproduce bine și este în măsură să fie genetic moștenit.

În concordanță cu aceste teorii, toate tipurile de comportament reprezintă produse ale mecanismelor psihologice interne, dezvoltate prin selecție naturală în vederea rezolvării unor probleme de adaptare.

Influența genetică nu este privită ca determinism pur, ea poate influența comportamentul numai în cadrul anumitor contexte și ca răspuns la impulsuri specifice (Branningan, 1997).

Această teorie susține că forțele evoluționiste favorizează organismele care sunt capabile să se reproducă cu succes. De aceea, masculii vor avea tendința să obțină și să-și păstreze parteneri tineri și fertili, care pot produce urmași sănătoși.

Atâta timp cât teoria evoluționistă argumentează că mecanismele interne pot rămâne inactive pe tot parcursul vieții, excepție făcând situațiile când sunt declanșate de anumite contexte relevante (contexte ce pot conține în întregime percepția masculului asupra fricii de a nu avea exclusivitate sexuală în relația cu partenera), este dificil de realizat un tratament sau un program de prevenire bazate pe această teorie (Mullen, 1996).

I.2. Perspectiva psihopatologică

Majoritatea teoriilor psihologice care se referă la maltratare au ca punct de plecare concepția lui Freud (1959) despre *masochismul feminin*. În această formulare femeia masochistă este descrisă ca dorind să fie bătută asemenea unui copil neajutorat, dependent și rău. Freud vedea acest comportament auto-distructiv ca rezultat al efectului de rezolvare a conflictului Oedipian.

Shainnes (1979) prezintă masochismul ca un proces care implică trăsături socio-culturale și nu de instinct care se subordonează forțelor primare (libidoului). Bărbații violenți tind să-și folosească violența ca pe un mecanism de intensificare a Eului, deoarece repertoriul lor de comportamente non-violente este foarte limitat.

Alte teorii psihologice susțin că violența în familie este o deviere a comportamentului auto-distructiv dinspre sine spre altă persoană. De exemplu, bărbații care se simt frustrați își pot exterioriza sentimentele negative asupra soției și a copiilor,

comportamentul violent fiind, de fapt, o formă de apărare împotriva dependenței față de partener.

Susținătorii acestor teorii sugerează că eforturile făcute în legătură cu violența în familie în ultimii douăzeci de ani, folosind cu precădere analiza feministă, au creat o dilemă pentru clinicienii care doreau să dezvolte programe efective de tratament pentru bărbații abuzatori. Ei susțin că eforturile depuse pentru ameliorarea atitudinilor sociale și de apărare a inegalităților structurale nu vor avea impact asupra comportamentului abuzatorilor din zilele noastre dacă se accentuează doar rolul factorilor sociali ca precursori ai violenței (Dutton și Starzomski, 1997).

Cercetătorii domeniului propun și o evaluare psihologică a profilului bărbatului abuzator. Cei care au aderat la acest subiect argumentează că eforturile făcute prin programele de intervenție nu pot fi în totalitate dominate de macro-sisteme, cum ar fi schimbarea atitudinilor publice, trebuind să se ia în considerare și caracteristicile unice ale abuzatorului. Ca societate, trebuie să rămânem fideli măsurilor sociale care combat violența îndreptată asupra femeii, dar din perspectivă clinică trebuie să punem la punct planuri de tratament individuale pentru potențialii agresori, susțin clinicienii.

Numeroase studii privind profilul psihologic ale abuzatorilor, fie dintre cei deferiți justiției, fie dintre cei care urmează tratamente în grup, indică faptul că anumite profiluri de personalitate antisociale sau bordeline sunt puternic reprezentate în cadrul acestei categorii particulare de populație (Hambergher și Hastings, 1991).

Cea mai semnificativă concluzie a acestor studii, în special din perspectiva tratamentului, pare să fie următoarea: personalitatea borderline considerată ca fiind prevalentă într-un procent de 11-15% din populația generală este majoritară în categoria abuzatorilor.

Dutton și Golant (1995) sugerează, de asemenea, că indivizii cu personalitate borderline au un accentuat sentiment personal de neîncredere, cu trimitere în copilărie la

experiențele trăite atunci reale sau imaginare, de abandon sau atașament ambivalent sau de mânie. Aceste experiențe din fragedă copilărie creează un adolescent mândru și detașat, marcat de un sentiment general de inferioritate. Un astfel de adolescent, dacă este apoi expus mediului social care-l poate modela poate căpăta un comportament abuziv față de femei și o atitudine stereotipă de contrazicere „masculină” și de interiorizare a sentimentelor, iar prin comportamentul pe care-l manifestă fie acasă, fie în comunitate poate fi considerat un potențial abuzator. În ceea ce privește personalitățile antisociale, provocarea constă în necesitatea clinică de a identifica acest grup particular și de a avea siguranța că în grupurile supuse tratamentului să nu interfereze cu tratamentele de care au nevoie alți membrii ai grupului. Pentru acest grup



tratamentul poate îmbrăca forma unei strategii manageriale de risc, de prevenire a recidivei.

Limite

Violența se regăsește la un număr relativ restrâns de bărbați ce suferă de boli mintale și este asociată și cu atitudinea față de femeie, inegalități structurale și acceptarea socială a violenței. Explicația conform căreia agresorii ar avea probleme psihice a fost denigrată în ultimii ani, iar multe lucrări teoretice omit să aducă în discuție acest subiect.

Pe de altă parte, intervenția terapeutică pe termen lung și resursele multiple de care comunitatea ar trebui să beneficieze au făcut ca această abordare să fie folosită cu precădere în înțelegerea evoluției agresorilor și dorinței de schimbare a comportamentului acestora, în elaborarea unor programe de prevenire primară și mai puțin pentru identificarea unor tehnici terapeutice specifice.

I.3. Perspectiva sistemică

Susținătorii teoriei sistemelor explică violența împotriva partenerului ca rezultat al acțiunii sistemului familial. În cadrul acestui model, familia este văzută ca un sistem cu o structură dinamică, având anumite componente interdependente (subsisteme), care interacționează reciproc.

Din perspectivă teoretică, o acțiune violentă în familie este o reacție în lanț declanșată de un membru al familiei. Astfel, violența este menținută prin roluri, relații și mecanisme de feedback, care reglează și stabilizează sistemul. Dacă violența este recompensată de către sistem este probabil să reapară, iar în timp dinamica poate deveni atât de stabilizată încât tinde să fie întreruptă. Această explicație cauzală constă în faptul că unitatea de analiză pentru evaluare și intervenție o reprezintă familia ca sistem sau un subsistem familial.

Wileman și Wileman (1995) au descoperit că reducerea violenței este asociată cu asumarea responsabilității de către bărbat în scopul schimbării și cu asumarea rolului activ de către femeie în echilibrarea puterii în cadrul relației. Modele de interacțiune relațională în cadrul cuplurilor pot mai bine diferenția relațiile agresive de cele non-agresive, decât caracteristicile interpersonale sau demografice (Stets, 1992; Lloyd și Emery, 1994). Interpersonalitatea corelează agresiunea fizică împotriva partenerului cu creșterea nivelului de rigiditate, ostilitate, agresiune verbală și conflict, cu scăderea nivelurilor de argumentare și comunicare constructivă și a posibilităților de rezolvare a problemelor (Babcock, Waltz, Jacobson și Gottman, 1993). Aceste descoperiri au contribuit la conceptualizarea agresiunii împotriva partenerilor, ca fiind un act de comunicare. Din perspectiva sistemelor, accentuarea interacțiunilor face posibilă identificarea modelelor comportamentale asociate cu violența relațională. Faptul că

viață romantică coexistă cu violența în anumite momente, în unele relații, combinată cu complexitatea interacțiunilor dintre parteneri sugerează că aceste caracteristici relaționale pot intermedia semnificația și interpretarea dată violenței, atât de către agresor, cât și de către victimă. Satisfacția maritală apare aici ca fiind un exemplu de variabilă mediatizată (Rogers, Castleton și Lloyd, 1996; Sabourin, 1995, *apud* Cunningham și colab., 1998).

Cuplurile care raportează agresiune fizică și satisfacție maritală slabă sau moderată, dau dovadă de niveluri ridicate de mesaje nefundamentate și complexitate simetrică, un tipar de comunicare unde ambii indivizi încearcă să-și exercite controlul în cadrul relației. Coexistența agresiunii psihice și a insatisfacției maritale în cadrul cuplului este asociată cu niveluri înalte de aversiune, reciproce comportamentului negativ și replici de furie, ostilitate fățișă, posibilități de rezolvare a problemelor slabe și modele de „pretenție-renunțare” din partea ambilor indivizi.

Cercetările demonstrează, de asemenea, prezența traumelor emoționale și a riscului de accidentări la copiii care sunt martori la atacurile violente între membrii familiei (Peled, Jaffe și Edleson, 1995). Se încearcă o intervenție teoretică care să aibă ca rezultat înțelegerea legăturii dintre violența îndreptată asupra femeii și a stilurilor diferite de desfășurare a fenomenelor din familie care implică copilul (Margolin, John, Ghosh și Gordis, 1996, *apud* Cunningham și colab., 1998).

Mai mult, se încearcă crearea unui cadru teoretic pentru integrarea în acest domeniu de studiu a abuzului asupra copilului, a violenței împotriva femeii, interacțiunilor maritale, atașamentului părinte-copil și a stilurilor de creștere și educare.

Limite

Explicațiile sistematice și intervențiile pentru tratarea violenței împotriva partenerilor au fost foarte controversate. Majoritatea criticilor s-au concentrat pe următoarele aspecte:

- neutralitatea inherentă a clinicianului în intervenția sistemică duce la neutralitatea abuzului;
- explicații sistematice determină co-responsabilitate pentru violență și contribuie la justificarea violenței agresorului;
- terapiile sistematice eșuează în modul de adresare către genuri, lucru care contribuie la violența în familie și efectele diferențiale ale violenței.

Trute (1998) aduce critici tratamentului sistematic al violenței și propune includerea tratamentului specific pe genuri și realizarea unei evaluări corecte înainte de a fi folosită intervenția sistemică. Acest model de tratament poate fi considerat ca fiind de succes în tratarea violențelor moderate, când femeia dorește să păstreze relațiile cu partenerul. Astfel, numărul de cupluri care trebuie luate în evidență pentru tratamentul sistematic, din motive de siguranță, este redus. O altă critică este că acceptarea acestui tip de intervenție poate fi ca o pantă alunecoasă dacă criteriile de monitorizare și selecție nu sunt respectate în timp.

I.4. Perspectiva socială

Din perspectivă sociologică, organizarea vieții de familie predispune spre o rată a violenței ca urmare a diferențelor de vârstă, sex, interese care cresc tensiunile intrafamiliale. La acestea se adaugă o componentă importantă, cea a violenței societății în care trăiește familia respectivă. Se poate vorbi de existența unui cerc vicios: violența creată în familie conduce la violența în societate și invers, o societate care acceptă violența în toate sferele vieții publice accentuează tendințele violente din familie.

Abordarea sociologică este cea care consideră cauzele violenței domestice ca rezidând din procesul de socializare diferit al bărbaților și femeilor, din diferența tipului de familie (cu obiceiuri, tradiții diferite), stereotipiile vehiculate, „scenariile” sociale contribuind și ele la conturarea problemei.

Cercetările culturale examinează cum variază rata abuzurilor în diferite țări în funcție de diferite caracteristici, cum ar fi normale legate de violență și tiparele violenței în societate (Levinson, 1989; Erchak și Rosenfeld, 1994). Unde nu este sancționată violența în familie, teoriile sociologice examinează procesul abaterii de la norme și tiparele violenței în societate. Acest lucru poate include tehnici de raționalizare și neutralizare care sunt suportate de semenii. Teoriile sociologice despre violență consideră genul ca fiind o variabilă-cheie, nu din cauza diferențelor moștenite dintre sexe, ci din cauza factorilor structurali care creează acces diferențiat la puterea politică și economică.

Conform acestei teorii rădăcinile comportamentului violent se află în mediul în care trăiește persoana, în special în comportamentul „altora” semnificativi. Din observația comportamentului altora, un individ învață care comportament este cel adecvat social, care comportament poate da rezultatele dorite fără să fie sancționat. Cu alte cuvinte, deficitul cognitive sunt învățate nu moștenite de către individ și acestea pot fi transformate în comportamente inadecvate. La fel de important este și faptul că acele comportamente pro-sociale sunt mai rare la indivizii la care au încercat să se modeleze problemele de comunicare efectivă, modul de rezolvare a diferitelor probleme sau calitatea relațiilor interpersonale. Intervențiile bazate pe perspectiva învățaturii sociale sunt, de aceea, înrădăcinate în eforturile făcute pentru prevenirea expunerii copiilor la modele negative (atât în viața lor de zi cu zi, cât și prin media), dar și de promovarea dezvoltării abilităților acelor care au fost expuși acestor influențe.

Studiile sociale teoretice, Bandura, 1997 și teoria cognitiv-socială, Bandura, 1986, (*apud*. Cunningham și colab., 1998), când sunt aplicate familiei, asigură o bază conceptuală pentru experiențele din copilărie care contribuie la riscul și vulnerabilitatea de a comite abuz asupra soției în timpul maturității. Cu alte cuvinte, acest studii

postulează o legătură cauzală între două variabile: expunerea la violență în familia de origine și violența împotriva partenerului în perioada de maturitate.

Teoria propune ideea că noi suntem receptivi la modelul comportamental al „celorlalți” semnificativi, înregistrăm acest comportament și îl internalizăm. În timpul copilăriei și adolescenței, observațiile la cum se comportă părinții unul cu celălalt oferă primele studii de comportament. Un copil care crește într-un mediu unde cicăleala și furia se transformă în comportament agresiv este supus riscului de a deveni agresiv la maturitate.

Observarea comportamentului agresiv dintre părinți, a intrigilor, răzbunărilor sunt considerate cauze ale abuzului asupra parteneriei. Din perspectiva acestei teorii violența este privită ca un comportament dobândit. Totalul și tipul studiilor observaționale sunt dependente de o serie de factori, cum ar fi :

- recompensa observată, experimentată sau consecințele descurajante ale comportamentului;
- caracteristicile observatorului și modelarea individuală a comportamentului;
- tiparele asociative (expunerea la comportament agresiv depinde de indivizii cu care cineva se asociază).

Bandura sugerează că sursa studiilor observaționale se extinde nu numai la familia de origine, ci cuprinde și subcultura în care familia își duce traiul și expunerea la violența prin televiziune.

Ideea că violența prin televiziune sau jocuri video învață copiii să devină agresivi este o problemă discutabilă. Freedman (1984, 1986) a concluzionat că nu există nici o evidență clară a legăturii între vizionarea unor emisiuni TV și comportamentul agresiv exagerat, în timp ce Eron, Gentry și Schlegel (1994), Cunningham și colab. (1998) au arătat că există o asociere, chiar controlând variabile cum ar fi: nivelul de educație, atitudinea agresivă și comportamentul părinților. Mai recent, cercetătorii în domeniu examinează posibilitatea ca expunerea la violența prin televiziune și jocuri video să acționeze ca o influență mediatică mai mult decât ca o legătură directă cauzală cu comportamentul agresiv. Astfel, expunerea repetată, în timp, la violența prin televiziune, cinematograf, sport, jocuri video și muzică video ar cauza desensibilizarea. Aceasta, în combinație cu o însumare a violenței din societate, ar însemna o justificare a folosirii violenței de către individ.

În literatura de specialitate se regăsesc două moduri de testare a validității explicațiilor sociale în privința violenței în familie: primul include evaluarea programelor de intervenție, iar al doilea include urmărirea transmiterii intergeneraționale a comportamentului abuziv.

Studiile corelaționale de transmitere intergenerațională a violenței familiei oferă suport empiric teoriilor sociale. În general, s-a observat faptul că la copiii care sunt martori ai agresiunilor dintre părinți este crescută probabilitate ca ei să devină agresori și/sau victime ale agresiunii. Totuși, nu toți copiii expuși vor avea acest tip de

comportament și nu la toți adulții abuzatori s-au identificat abuzuri în copilărie sau expunerea la abuzuri.

Indivizii care au fost martori la agresiunea soției în familiile lor de origine au o rată de trei ori mai crescută a violenței comparativ cu cei care nu au avut asemenea ocazii. Bărbații și femeile care au fost subiectul pedepselor fizice, pe timpul copilăriei, au manifestat un grad ridicat de violență în familie, ca adulți. Mai mult chiar, ei au raportat practicarea de pedepse corporale și abuzuri asupra propriilor copii.

Un domeniu care a primit atenție considerabilă este metoda de rezoluție a conflictului marital. Aceste studii oferă evidența că indivizii care au fost martori la violența în familia de origine și-au însușit un model insuficient de rezoluție a conflictului și indivizii care agresează pot avea strategii de rezoluție a conflictului mai puțin eficiente comparativ cu non-agresorii.

În mod specific, indivizii care au asistat la violență interpersonală foloseau mai degrabă strategii de rezoluție a conflictului ineficiente, care concureau la creșterea sentimentelor de nefericire maritală și la creștere fenomenelor de abuz asupra femeii.

Straus și Yodanis (1996) au testat un model teoretic, care a inclus trei componente: aprobarea normativă a violenței, conflictul conjugal și depresia și au încercat să explice de ce pedeapsa corporală în adolescență crește riscul de a agresa soția mai târziu. S-a arătat că pedeapsa corporală a fost asociată cu posibilitatea crescută de uitare a violenței împotriva unuia dintre părinți, iar ca adult a suferit de depresie și s-a remarcat o creștere a nivelului conflictului conjugal. Prin urmare, fiecare dintre aceste componente a fost asociată cu posibilitatea crescută de agresare psihică a partenerului.

Stith și Farley (1993) au elaborat un model de violență severă conjugală folosind variabile de acceptare ale violenței conjugale, ale stresului conjugal, ale egalitarismului sexelor, ale alcoolismului și ale respectului de sine. Rezultatele studiilor lor, bazate pe un eșantion de 91 de indivizi (39 în tratament pentru agresiune și 52 în tratament pentru alcool), au sugerat o cale indirectă între observarea violenței ca și copil și mai târziu a violenței severe conjugale, traversând niveluri scăzute de egalitarism sexual și aprobare a violenței maritale. Fiind martor la agresiuni între soți în familia de origine, individul este indus direct spre egalitarism și aprobare a violenței conjugale, care la rândul lor determină folosirea violenței severe.

Folosind un eșantion longitudinal de 360 de bărbați și 290 de femei, care au fost intervievați de 7 ori în 13 ani, Mihalic și Elliott (1997) au descoperit o diferență de gen în modul cum sunt influențați copiii. Efectul asistării la violență în timpul copilăriei este mult mai dramatic în cazul femeilor decât în cazul bărbaților. Martore fiind la violența în familia de origine, femeile devin agresori la maturitate.

Reitzel-Jaffe, 1997 (*apud*. Cunningham și colab., 1998), a folosit o analiză bazată pe modelul ecuației structurale pentru teoria cunoașterii în cazul violenței la bărbați. Rezultatele au indicat faptul că violența în familia de origine (observarea abuzului asupra unuia dintre soți sau asupra copilului) a fost asociată cu convingerile negative în ceea ce privește unul sau altul dintre genuri și acceptarea violenței

interpersonale. În schimb, aceste convingeri erau asociate cu existența prietenilor care erau abuzivi în relațiile lor. Asocierea cu prieteni abuzatori era apoi corelată cu nivelul de violență al subiecților. Experimentarea violenței în familia de origine are un efect direct, dar mai redus asupra nivelurilor de violență prezente în relațiile de cuplu ale subiectului. Astfel, modelul a indicat un efect direct al convingerilor negative în ce privește genul sau violența interpersonală asupra folosirii violenței în relații.

Limite

În ciuda creșterii numărului de studii empirice care susțin transmiterea intergenerațională a violenței, unele critici sugerează că se pune prea mult accentul pe asocierea dintre asistarea la violența dintre părinți sau experimentarea abuzului copilului și comportamentul violent de mai târziu asupra propriului soț și/ sau copil.

Kaufman și Ziegler (1987) au sugerat că transmiterea intergenerațională este mai puțin probabil să apară dacă: copilul ar avea parte de susținerea și dragostea măcar a unuia dintre părinți, dacă adultul ar avea o relație de afecțiune și sprijin, dacă individul, luând aminte de experiențele abuzive din trecut, se angajează să nu repete la rândul lui ciclul agresiunii.

Un domeniu deschis studiului ar fi cel al combinațiilor factorilor prospectivi și de risc, ai influenței acestora asupra comportamentului individului. Cercetările în acest domeniu evoluează și este clar că ar putea exista mai multe variabile „de intervenție”, care ar putea ajuta să se prevadă care copil este puternic afectat de asistarea la acte de violență dintre părinți și care copii par să fie mai puțin marcați.

I.5. Perspectiva feministă



Din perspectivă feministă maltratarea soției trebuie studiată în contextul societății care se bazează pe forma de organizare patriarhală: norme și legi patriarhale, poziție de subordonare a femeii și autoritatea bărbatului. Structura patriarhală a societății și familiei legitimează inegalitatea dintre sexe. Dacă femeile se afirmă, sunt sancționate pentru temeritatea lor, iar dacă sunt pasive provoacă nemulțumire pentru neparticiparea lor. De fapt, femeile nu sunt niciodată în poziție de învingător. Se consideră că maltratarea soției trebuie privită sub aspect global prin prisma influențelor educaționale și legislative și se subliniază faptul că într-o societate violentă oricine poate deveni agresor sau victimă, atunci când violența este tolerată, iar victimele sunt blamate. În acest context toți învață că agresiunea poate fi folositoare pentru a se

introduce cadrul legislativ adecvat și pentru a da noi interpretări contractului marital în vederea stopării violenței în familie.

Mișcarea feministă afirmă că violența masculină îndreptată împotriva femeilor este o consecință a poziției lipsite de putere a femeilor într-o societate patriarhală. Deci, problema abuzului este un rezultat al dezechilibrului de putere din cadrul relațiilor dintre bărbați și femei.

La sfârșitul anilor '60 și începutul anilor '70, activiști feminisți au început să vorbească în numele acelor multe femei tăcute și abuzate, cu care ei lucrau. Curajul unor avangardiști feminisți au făcut ca această „conspirație de tăcere” să fie distrusă și să ridice conștiinței publice problema din punct de vedere social. Reacțiile acestora au fost întâmpinate cu frică, ostilitate, au fost condamnate și doar în mică măsură au primit validare publică.

La nivel individual ei lucrau cu femeile abuzate și cu copiii acestora pentru punerea la punct a strategiilor de siguranță și pentru a oferi protecție. Curând s-a dovedit că erau puține locuri unde o femeie agresată și copiii ei puteau apela. Următoarea etapă a acțiunii feministe a fost înființarea adăposturilor. Lucrătorii din aceste adăposturi erau instruiți și posedau cunoștințe de bază pentru determinarea parametrilor victimizării și impactului asupra copiilor care au asistat la violență. Consilierii feminisți și avocații, care au ascultat femeile-victime ale violenței conjugale și a copiilor acestora, au început să realizeze necesitatea ținerii unei anumite evidențe a abuzurilor.

Următorul nivel a însemnat dezvoltarea de programe de tratament și încercări de schimbare a sistemului de justiție.

Din perspectivă feministă, munca de consiliere pe multiple niveluri demonstrează că centralitatea patriarhiei este motivul violenței domestice, atât în termenii „dinamicii” victimă-agresor, cât și ai inechităților sociale.

S-au conturat două modele explicative ale violenței domestice în cazul femeilor abuzate: ***Teoria ciclicității violenței*** și ***Roata de putere și control***.

Teoria ciclicității violenței

Acest model identifică trei faze ce caracterizează multe din incidentele violenței domestice: perioade de formare a tensiunii, incidentul violent acut și perioada de remușcare sau chiar de absență a tensiunii. Astfel:

- se construiește o relație tensionată, care poate dura luni sau zile, perioadă în care apar incidente minore pe care victima, în special femeia, le suportă încercând să-și calmeze partenerul. Dacă sunt experimentate cel puțin două incidente succesive, sentimentele negative ale victimei vor spori concomitent cu conștientizarea dificultăților de prevenire a altor forme de violență. Unele dintre victime încearcă să

inițieze o confruntarea fizică cu partenerul, tocmai pentru că anticipează o maximizare a tensiunii;

- se activează violența. Victima poate fi agresată fizic, psihic sau sexual timp de mai multe zile. Această fază se caracterizează prin declanșarea necontrolată a tensiunilor acumulate în prima fază. Lipsa controlului asupra comportamentului este indicată de intervenția celei de a treia părți (poliție, vecini, prieteni, rude);
- se caracterizează prin calmarea celor două părți implicate în relația violentă și prin comportament tandru din partea agresorului. Acesta devine iubitor, atent, poate oferi daruri, poate formula scuze și promisiuni și poate încerca satisfacții sexuale (Walker, 1984, 1995)

Unii feminisți au manifestat preocupări în legătură cu folosirea „ciclului”, susținând că se poate explica implicarea femeii în propria victimizare, sugerând că femeia ar deține un anumit grad de control asupra comportamentului abuziv al partenerului. Poate cel mai problematic aspect al ciclului pentru majoritatea este conceptul „neajutorarea dobândită”, care se spune că rezultă din inabilitatea femeii de a prevedea ieșirile partenerului și nu poate fi explicat ca fiind neajutorarea moștenită sau slăbiciune a femeii abuzate, ci implică parcurgerea următoarelor etapelor menționate.

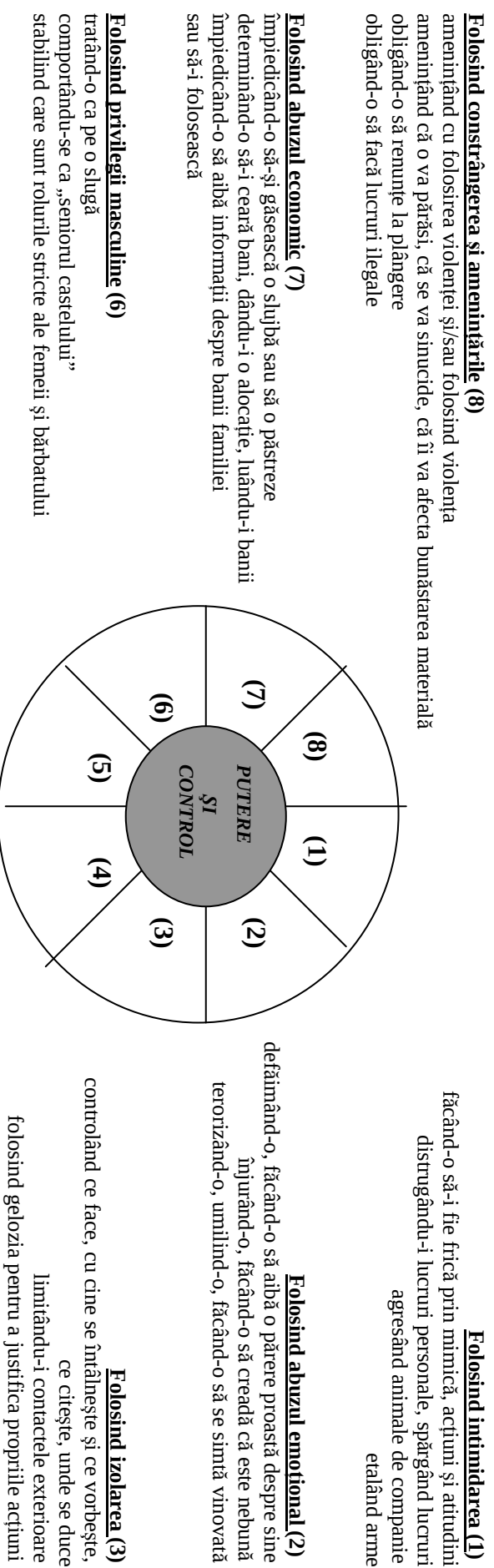
Roata de putere și control

Acest al doilea model s-a dovedit a fi cel mai util model pentru tratarea atât a bărbaților, cât și a femeilor.

Modelul plasează violența în cadrul formelor de abuz emoțional/psihologic, economic și sexual. Modelul este în conformitate cu perspectiva feministă, care plasează dominația masculină în centrul oricărei relații agresive sau abuzive. Cele opt fragmente ale roții de putere și control sunt: intimidarea, abuzul emoțional, izolarea, negarea și blamarea, folosirea copiilor, privilegiul masculin, abuzul economic și folosirea constrângerilor și amenințărilor. Acestea reprezintă „tactici de control” folosite de abuzatori ca metode de „control coercitiv”, care, în combinație cu folosirea violenței atât psihice, cât și sexuale, îi ajută să păstreze puterea și să-și domine partenerul.

Dutton și Starzmonski (1997) au descoperit opt categorii intercorelabile ale roții de putere și control, care se regăsesc la bărbații abuzatori, sugerând un sindrom de abuz de putere și control, iar violența împotriva femeii este parte a unui model coercitiv de control fiind în mod exclusiv responsabilitatea abuzatorului și niciodată a victimei.

ROATA de PUTERE și CONTROL



Limite

Explicațiile patriarhale sunt criticate ca fiind unidimensionale și fixiste. Când patriarhia este privită ca variantă unică explicativă, este demonstrat că nu suportă schimbări de-a lungul timpului și culturii. De exemplu, un studiu realizat în Mexic despre violența între soți și puterea căsătoriei, a arătat că dominația soțului nu este nici universală, nici insurmontabilă (Cunningham și colab., 1998).

Featherstone (1997) pledează pentru perspectiva prin care se văd pozițiile genurilor/sexelor ca fiind subiecte ale schimbărilor constante și redefinite, nu statice. Autorul sugerează folosirea conceptul de dominare decât a celui de putere, deoarece creează un context mai potrivit în cadrul căruia să poată fi exersată vulnerabilitatea și dependența caracteristice relațiilor violente.

Dutton (1994) a fost unul dintre criticii analizei feministe. El spune că, dacă violența în familie este un produs a patriarhatului, de ce unii bărbați își abuzează soțiile în timp ce alții nu o fac. Dutton susține, de asemenea, că analiza trebuie să includă o recunoaștere a variabilelor individuale cu condiția ca explicațiile individuale să fie privite în cadrul contextului patriarhal, fără raționalizări sau scuze.

Concluzii

Nici o perspectivă nu poate explica pe deplină violența în familie și nu poate oferi un model de intervenție unic. Astfel:

- studiile psihologice nu cuprind analiza socială, în timp ce analiza pur feministă nu se poate ușor transla în practică. Dutton și Starzwonski (1997) solicitau integrarea studiilor feministe și psihologice, și anume acele concepte incluse în roata de putere și control să fie asociate cu atributele personalității agresorului;
- biologii văd agresiunea ca fiind o caracteristică care se poate moșteni de la tată la fiu, iar cei care adoptă punctul de vedere psihopatologic se concentrează pe un atașament deficitar față de un părinte, pe traumatisme etc.;
- teoriile sistemice cercetează cum îi influențează pe copii abuzul în familia de origine, în special dificultățile de relaționare la vârsta adultă (de exemplu, băieții imit comportamentul tatălui lor, învățând de mici ce înseamnă violența împotriva femeilor, în viziunea lor fiind acte laudabile care nu atrag consecințe);
- și, în sfârșit, feministii observă cum privilegiul bărbaților, în general, și violența împotriva femeii, în special, sunt perpetuate prin toleranță la toate nivelurile sociale, și cum femeile sunt dependente de bărbați, generație după generație, din cauza inegalităților sociale, economice și politice.

Perspectiva teoretică	Nivelul intervenției	Schimbări
Biologică	Individual	Organice
Psihopatologică	Individual	Simptomatologie psihiatrică
Sistemică	Cuplul și/ sau familia	Performanțe interpersonale
Socială	Grupuri sociale, media, norme sociale, indivizi	Moduri de gândire, comportamente, performanțe interpersonale
Feministă	Norme și atitudini sociale, cadrul legislativ și politic	Atitudinea față de femeie, dinamica puterii și controlul relațiilor, inegalități între genuri (economice, politice etc.)

În ciuda diversității perspectivelor teoretice se pot totuși creiona câteva elemente definitorii:

- explicațiile privind violența în familie se bazează pe factorii sociali, pe variabilele familiale sau pe caracteristicile individuale;
- fiecare teorie poate asigura, prin definiție, o explicație logică a determinantilor propuși ai violenței în familie și fiecare dintre acestea are cel puțin un suport empiric;
- fiecare studiu teoretic contribuie cu perspective valoroase, subliniind complexitatea problemei;
- un număr în creștere de teoreticieni intenționează să dea explicații care integrează variabilele de la nivelurile: social, familial și individual;
- explicațiile interpersonale și intrapersonale ale violenței familiale oferă suport pentru unele metode de tratament;
- s-au semnalat și diferențele mari între diferitele studii teoretice, dar pentru intervenție este necesară centrarea pe elementele comune;
- fiecare perspectivă asigură puncte de vedere valoroase, care combinate oferă o înțelegere mai bună a fenomenului, o putere explicativă mai mare decât oricare dintre teorii luate separat;
- spectrul diferitelor explicații ne amintește, de asemenea, că eforturile pentru eliminarea violenței trebuie să aibă loc pe mai multe niveluri.

Cunningham și colab. (1998) susțin că înlăturarea violenței nu a avut succesul scontat și propun analiza domeniului pe cinci niveluri: social, economic, cultural, de personalitate și biologic și reamintesc faptul că comportamentul uman este complex și nu există modalități rapide și simple de a-l explica și schimba. Autorii menționează că trebuie să ne adresăm violenței în familie pe mai multe fronturi, lucrând cu persoanele aflate în situații de risc, incluzând intervenții de urgență, programe de tratament pentru copii, ajutor oferit femeilor abuzate și tratamentul oferit bărbaților abuzatori.



II. Forme ale violenței în familie

Violența în familie poate fi definită ca un *pattern* de control coercitiv caracterizat prin folosirea comportamentelor abuzive fizice, sexuale sau emoționale. Violența în familie include: violența fizică, rele tratamente aplicate minorului, limitarea independenței partenerului, nerespectarea drepturilor, sentimentelor, opiniilor, expectanțelor partenerului, violență între frați, abuzul și violența asupra membrilor vârstnici ai familiei etc.

Atât tratarea cu violență a partenerului, cât și relaționarea abuzivă în cadrul familiei au devenit fenomene prezente în multe dintre mediile sociale caracterizate de deprivare social-economică (sărăcie, șomaj etc.). Studiile efectuate asupra familiei, ca instituție socială, au arătat că violența manifestată în context familial prezintă trăsăturile de mai sus, dar și alte, precum: comportamentul necontrolat, așteptări nerealiste, tendințele de izolare, blamare reciprocă, manifestările violente în cazul relațiilor dintre membrii familiei și, în special, utilizarea forței și a admonestărilor verbale. Prin urmare, violența în familie reprezintă o problemă socială, o problemă de sănătate și, în același timp, de încălcare a drepturilor omului.

Numeroase cercetări și studii au evidențiat cauzele și factorii prezenți în cazul unei relații abuzive, realizându-se diferite clasificări.

➤ După **efectul** pe care îl au asupra manifestării fenomenului se disting :

1. Factorii anticipativi

– evidențiați în concluziile cercetării întreprinse de Levinson în 1989:

- inegalitatea economică dintre bărbați și femei (considerat cel mai influent);
- obișnuința de a folosi violența fizică pentru rezolvarea conflictelor;
- autoritatea și controlul bărbatului în luarea deciziilor în familie;
- un ideal masculin de dominație și duritate acceptat pe plan social

și pentru a căror identificare asistenții sociali pot apela la următorul set de întrebări (Muntean, 1999, pp. 90-91, după Nassau, *County Coalition Against Domestic Violence*):

- Partenerul tău a copilărit într-o familie violentă ?
- Are tendința să recurgă la forță sau violență pentru a-și rezolva problemele ?
- Consumă alcool sau alte substanțe?
- Are o imagine săracă despre sine însuși?
- Are idei tradiționaliste rigide despre ce trebuie să fie bărbatul și ceea ce trebuie să fie femeia?
- Este exagerat de gelos și-ți controlează timpul?
- Îi plac armele, cuțitele sau alte instrumente-armă?

2. Factori limitativi

Studiile au arătat existența unor factori ce limitează, reduc gradul de violență familială (Germain, 1994). Astfel de factori au fost definiți de LADO în 1997 ca:

„factorii care tind să limiteze violența împotriva femeilor inclusiv puterea femeii în afara casei, puterea economică și politică, implicarea activă în comunitate, prezența unor grupuri de muncă sau solidaritate formate numai din femei și existența unor locuri unde femeile pot fi departe de violență, cum ar fi adăposturile și casele prietenilor sau ale membrilor familiei”.

Raportul APA (1996) privind violența în familie identifică următorii *factorii de risc* (individuali, familiali, socio-culturali) și *factorii protectivi* ai violenței familiale (Bergamn, Plum, 2003).

FACTORI DE RISC		FACTORI PROTECTIVI
<i>individuali / familiali</i>	<i>socio-culturali</i>	
Factori biologici sau neurofiziologici (temperament, afecțiuni cerebrale)	Convingeri culturale privind în legătură cu dreptul la autoritate al bărbaților	Expunere la un număr mai mare de comportamente pozitive decât negative.
Invalidități fizice sau mentale	Acceptarea bătailor conjugale	Stimă de sine crescută, rezistență psihică.
Consum de alcool sau drog	Sărăcia	Relații bune cu colegii, recompense din activități profesionale și suplimentare.
Violență în familia de origine	Pistoale sau alte arme în casă	Interacțiunea familiei cu familia lărgită și comunitatea.
Izolarea de familie și de prieteni	Violența instituțională societală	Empatie și sprijin maternal puternic
Niveluri înalte de exprimare a furiei și impulsivității	Violența din media	Relații apropiate cu un adult din afara familiei.
Așteptări nerealiste în privința copiilor	Violența culturală	Empatie și respect pentru ceilalți.
Reacție agresivă la stres		Aptitudini sociale puternice.
Acceptarea rigidă a conceptelor care susțin superioritatea și autoritatea bărbaților asupra femeii		Implicarea membrilor familiei în activități comune și independente.

Concluziile cercetărilor și datele statistice au stabilit anumite coordonate de timp, spațiu, stări afective etc., ce influențează apariția și evoluția abuzului în familie.

De regulă, evenimentele nefericite debutează seara, în jurul momentului cinei, când toți membrii se adună în casă, în jurul mesei. În familiile sărace se pare că apariția

celui de al doilea copil determină o creștere a incidentelor violente, iar prezența în familie a unei persoane cu deficiențe sau cu o boală cronică constituie un factor agravant. De asemenea, sărbătorile sunt momente de escaladare a violenței.

Gelles și Straus (1989) au arătat că de Crăciun și Anul Nou se produce o escaladare a incidentelor de violență domestică datorită stresului financiar asociat cu timpul liber, când toți membrii familiei sunt împreună. Sfârșitul de săptămână este, de asemenea, o perioadă mai violentă datorită faptului că nici un membru al familiei nu este prins într-un alt mediu social, cum ar fi: școala sau locul de muncă.

Violența în familie, prin amploarea și formele grave în care se manifestă, pune în pericol însăși existența familiei, ca grup social.

Violența în familie reprezintă „orice acțiune fizică sau verbală săvârșită cu intenție de către un membru de familie, împotriva altui membru al aceleiași familii, care provoacă o suferință fizică, psihică, sexuală sau un prejudiciu material” (legea 217/25 mai 2003).

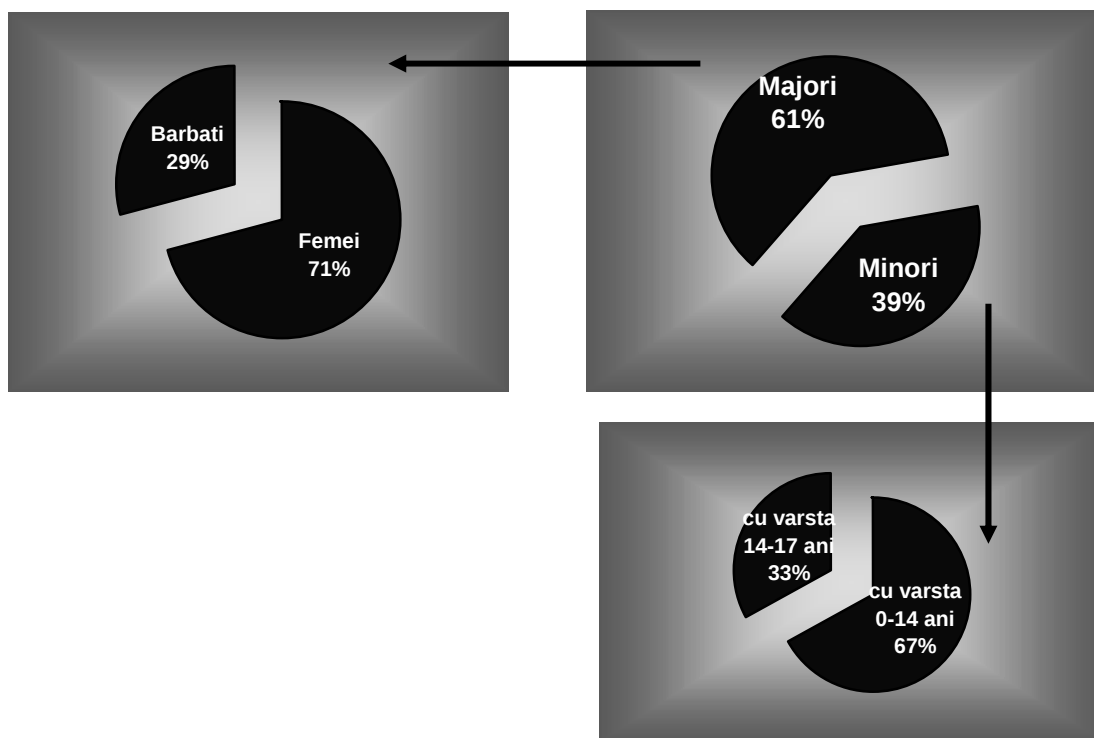
Din studiul situației infracțiunilor săvârșite în 2002 (raport al Ministerului de Interne din 05.03.2003) rezultă că majoritatea faptelor comise între membrii familiei le constituie cele de omor, tentativă de omor, loviri cauzatoare de moarte, pruncucidere, vătămare corporală gravă, vătămare corporală, viol, act sexual cu un minor, perversiune sexuală, corupție sexuală, incest, tâlhărie, abandon de familie (art. 305, Cod Penal, numai lit. „a” – părăsirea, alungarea sau lăsarea fără ajutor, prin expunerea la suferințe fizice sau morale), rele tratamente aplicate minorului și punerea în primejdie a unei persoane în neputința de a se îngriji. Din totalul de 26.890 asemenea infracțiuni, în 2115 autorii și victimele au fost soți sau rude apropiate, reprezentând 7,86%.

Nr. crt.	Infracțiunea	Total general infracțiuni comise	Din care între membrii familiei	Procent %
1	Omor	540	182	33,7
2	Tentativă de omor	431	77	17,86
3	Loviri cauzatoare de moarte	133	37	27,81
4	Pruncucidere	40	40	100
5	Vătămare corporală	7309	525	7,18
6	Vătămare corporală gravă	1187	72	6,06
7	Act sexual cu un minor	288	2	0,69
8	Viol	1100	43	3,9
9	Perversiune sexuală	141	5	3,54
10	Corupție sexuală	136	6	4,41
11	Incest	43	43	100
12	Tâlhărie	3615	4	0,11
13	Abandon de familie (numai lit. „a” din art. 305)	11577	1029	8,88
14	Rele tratamente aplicate minorului	77	44	57,14
15	Punerea în primejdie a unei persoane în neputință de a se îngriji	273	6	2,19
TOTAL GENERAL		26890	2115	7,86

Situația pe genuri de fapte

Din cele 2115 infracțiuni intrafamiliale, au fost *victime* 2182 de persoane, dintre care:

- minori – 852 (39,04%), dintre care: 570 cu vârsta între 0-14 ani și 282 cu vârsta între 14-17 ani;
- majori – 1330 (60,95%), dintre care: 943 femei și 387 bărbați.



Cele 2182 persoane au fost *victimele* următoarelor infracțiuni:

Nr. crt.	Infracțiunea	Victime minori			Victime majori			Total victime
		Total	Din care		Total	Din care		
			0-14 ani	14-18 ani		Femei	Bărbați	
1	Omor	25	19	6	173	109	64	198
2	Tentativă de omor	3	2	1	79	29	50	82
3	Loviri cauzatoare de moarte	2	1	1	37	19	18	39
4	Pruncucidere	44	44	0	0	0	0	44
5	Vătămare corporală	40	14	26	340	235	105	380
6	Vătămare corporală gravă	4	2	2	75	52	23	79
7	Act sexual cu un minor	2	2	0	1	1	0	3
8	Viol	28	14	14	19	19	0	47
9	Perversiune sexuală	5	0	5	0	0	0	5
10	Corupție sexuală	6	2	4	0	0	0	6
11	Incest	40	22	18	13	13	0	53
12	Tâlhărie	0	0	0	4	3	1	4
13	Abandon de familie (numai lit. "a" din art. 305)	589	401	188	587	461	126	1176

Nr. crt.	Infrațiunea	Victime minori			Victime majori			Total victime
		Total	Din care		Total	Din care		
			0-14 ani	14-18 ani		Femei	Bărbați	
14	Rele tratamente aplicate minorului	55	39	16	1	1	0	56
15	Punerea în primejdie a unei persoane în neputință de a se îngriji	9	8	1	1	1	0	10
TOTAL GENERAL		852	570	282	1330	943	387	2182

Dintre cei 2105 de autori care au săvârșit infracțiunile intrafamiliale, 386 aveau antecedente penale (18,33%), 761 erau sub influența alcoolului (36,15%), 33 sufereau de boli psihice(1,56%), 7 erau toxicomani (0,33%) și 918 se încadrau în alte situații (43,61%).

II.1. Violența asupra bărbaților

Violența femeilor asupra bărbaților este studiată în literatura de specialitate ca reacția de răspuns a acestora la comportamentul violent al bărbatului. A. Browne (1987), într-un studiu efectuat pe 250 de femei bătute dintre care 42 și-au ucis soțul sau iubitul, prezintă factorii care favorizează apariția violenței feminine:

- frecvența actelor de violență ale bărbatului;
- abuzul de alcool și de alte substanțe;
- severitatea abuzului produs asupra femeii;
- abuzuri sexuale asupra femeii;
- abuzuri repetate asupra copiilor;
- tendință de suicid a femeii.

Cazurile în care femeia agresează bărbatul sunt sub 10% în orice statistică realizată. De regulă, acest lucru se întâmplă când femeia se apără de partener, iar bărbatul agresat nu ajunge să trăiască paralizant frica de partenera lui, nu ajunge să-i modifice personalitatea, scăzându-i drastic stima de sine și încrederea în sine, așa cum se întâmplă cu femeia bătută.

II.2. Violența asupra bătrânilor

În literatura de specialitate se estimează la 10% abuzurile asupra persoanelor de peste 65 ani și la 80% frecvența recidivei. În aproximativ 80% dintre cazuri, abuzul este datorat unei rude care locuiește împreună cu persoana de vârstă a treia, alte persoane din anturajul permanent al vârstnicului sau care vin întâmplător în contact cu acesta și, în

sfârșit, instituțiile care nu țin cont de condiția de persoană defavorizată a vârstnicului, care ignoră sau chiar încalcă drepturile acesteia.

Caracteristici ale persoanei abuzate:

- persoană peste 75 de ani, cel mai adesea femeie singură, fără roluri în societate, cu afecțiuni cronice sau acute, cu mobilitate diminuată, incomodă pentru anturaj.

Factori de risc ai abuzului:

- vârsta peste 75 ani, starea de sănătate – disfuncții fizice, mentale, senzoriale care afectează capacitatea de apărare, incapacitatea de auto-îngrijire, pierderea autonomiei, socio-dependența, necesități de îngrijire care depășesc capacitățile îngrijitorului, lipsa sau insuficiența legislației protective.

Tipurile de abuz (familial și instituțional) la care ar pot fi supuse persoanele în vârstă de către cei apropiați lor (Janosik, 1994):

- *abuzul fizic*: constrângeri fizice, pălmuitul, neacordarea îngrijirilor personale. Studii recent publicate prezintă abuzul fizic asupra vârstnicilor ca un aspect al conflictului dintre generații, greu de identificat datorită polimorfismului clinic și a negării faptelor;
- *abuzul psihologic*: nerespectarea demnității persoanei vârstnice, marginalizare și excludere socială, ignorarea drepturilor și libertăților persoanei, atacuri verbale, izolarea, inducerea stării de frică, discriminare pe criteriul vârstei;
- *abuzul medical*: condiții precare de asistență și îngrijire, discriminare la internare pe motiv de vârstă, tratament sau îngrijire insuficientă / inadecvată, sedarea vârstnicului;
- *abuzul material*: furtul sau folosirea neadecvată a banilor sau a altor obiecte personale ale bătrânilor, determinarea persoanei vârstnice de a ceda bunuri, locuința, alte valori în schimbul promisiunii de a i se acorda îngrijire;
- *violarea drepturilor*: internarea fără acordul acestuia într-un spital, azil, ospiciu;
- *neglijarea*: apare atât în familie cât și mediul instituționalizat și poate fi involuntară: vârstnicul este lăsat fără ajutor, singur, izolat, privat de alimente, apă, îngrijire, igienă.

Cauzele violenței împotriva bătrânilor

• **Dificultățile economice**

Adeseori, cuplurile care au în îngrijire bătrâni trebuie să se ocupe în paralel și de proprii copii. Ca o consecință a acestei stări, cresc trebuințele și solicitările persoanei vârstnice, care prin comportamentul lor revendicativ și stresant contribuie la precipitarea actelor de violență împotriva lor. Asemenea acte apar, de cele mai multe ori, în familiile unde părinții sunt complet dependenți de proprii lor copii, unde nu există nici o posibilitate de a angaja persoane care să se ocupe de îngrijirea celor vârstnici. De asemenea, costurile ridicate ale întreținerii

și îngrijirilor medicale, la care se adaugă cheltuielile familiale crescute, pot determina reacții violente împotriva părinților aflați în îngrijire.

- **Mentalitatea**

Bătrânii sunt privați în societatea actuală ca fiind persoane fără ajutor, ale căror probleme impun măsuri medicale și sociale distincte.

- **Pierderea statusului de persoană activă**

Acest status apare prin pensionare și neimplicarea în alte tipuri de activități.

- **Transmiterea intergenerațională a abuzului**

Studiile arată că o parte însemnată dintre cei care își violentează părinții au fost ei înșiși victime ale violenței exercitate de aceștia. Violența asupra vârstnicilor este, deci, o reacție normativă la diferite probleme frustrante și conflictuale.

- **Probleme proprii ale agresorilor**

În foarte multe cazuri, diferite persoane adulte, care nu au relații de rudenie cu victimele se angajează printr-un contract nescris să îngrijească pe cei vârstnici, în schimbul locuinței, care ar putea reveni după moartea acestora susținătorilor. Multe astfel de contracte nu sunt onorate, astfel că mulți susținători recurg la tot felul de acte de presiune și violență pentru a obține locuința chiar înainte de decesul proprietarului. În majoritatea cazurilor, cel care maltratează este un fiu sau o fiică, care are o serie de probleme financiare, dificultăți cu parteneră/partenerul, consumă alcool și este obligat(ă), atât din punct de vedere moral, cât și legal, să-și întrețină părintele. Într-un cuplu care trebuie să-și întrețină părinții sau socrii, soția resimte, cel mai frecvent, acest lucru, ca pe o povară, ca pe o violare a vieții intime a cuplului (cf. Correctional Service Canada, 1988, p. 14).

- **Comportamentul bătrânilor**

În unele cazuri, chiar vârstnicii aflați în îngrijire determină, prin comportamentul lor, situații de violență. Ei își tratează copiii adulți ca și cum ar fi încă copii, contestându-le dreptul de a lua decizii, manifestând irascibilitate în diferite situații, motiv pentru care, în ambele părți se instalează un climat de tensiune. Acest climat este și mai conflictual, cu cât între copii și părinți există incompatibilități în ceea ce privește valorile, atitudinile religioase, politice, morale și nu există preocuparea pentru achitarea reciprocă a unor obligații financiare.

- **Tipul de personalitate a vârstnicului**

Tipul de personalitate a vârstnicului poate influența, în cea mai mare măsură, reacțiile anturajului familial, determinând, în cazul tipului pasiv-dependent și a celui indiferent, tendințe frecvente de violență, agresivitate sau abuz.

Abuzul bătrânilor în familie constituie o formă aparte de violență datorită vulnerabilității accentuate a acestei categorii de vârstă. Este grupul cel mai ușor de victimizat fără ca persoanele din această categorie să reacționeze agresiv, în comparație cu reacțiilor altor membri ai familiei aflați în situații similare.

II.3. Violența asupra femeii

Femeia reprezintă victima directă cea mai frecvent întâlnită în cazul abuzului în familie, iar copiii sunt ținte indirecte, cel mai des folosite ca mobile de abuz psihic îndreptate tot asupra femeii.

Abuzul asupra femeii în familie este un fenomen relativ recent intrat în atenția științelor umane, iar cercetătorii care își aduc contribuția la o mai bună înțelegere și intervenție ulterioară au nevoie de o definiție largă a fenomenului pentru a-l direcționa. Sub orice denumire l-am regăsi, fenomenul este același. În literatura de specialitate se folosesc mai mulți termeni: abuz asupra femeii în familie, violențe (fizice, sexuale, psihice) asupra femeii în familie, violență domestică asupra femeii. Violența împotriva femeilor pătrunde în toate domeniile: social, cultural, politic, economic și religios. Abuzul în sine este universal și are loc în țările dezvoltate, industrializate, cu aceeași frecvență ca și în țările în curs de dezvoltare, iar în spațiul național se regăsește la toate nivelele sociale (atât cele defavorizate, cât și cele de mijloc sau bine situate).

Conceptul de abuz asupra femeii în familie cuprinde o varietate de agresiuni ale partenerului – soț, fost soț, concubin, iubit sau prieten, în care sunt incluse: abuzuri fizice repetate, agresiuni sexuale până la viol marital, amenințări, abuzuri verbale, distrugerea bunurilor, urmărirea, alungarea din locuință, degradarea și umilirea, izolarea de prieteni și familie, control coercitiv asupra aspectelor importante ale siguranței vieții cum ar fi: banii, mâncarea, sexualitatea, viața socială, înfățișarea, transportul, locul de muncă, religia și în general asupra accesului la orice formă de ajutor la care femeia ar putea recurge la nevoie (Stark & Flitcraft, 1996, *apud*. Muntean, 1999).



Femeia agresată fizic, verbal și uneori sexual se află în situația de victimă. Abuzul bărbatului asupra femeii poate cunoaște mai multe modalități de manifestare:

1. violența cronică, în registru moderat, disimulată în conformitate cu atitudinile tradiționale educaționale (concepții proprii atât mediilor sărace, muncitorești cât și rurale). Victimizarea femeii trebuie trecută cu vederea deoarece funcționează pattern-uri de genul: „*Dacă te bate bărbatul trebuie să suporți, pentru că unde te poți duce? Cum să lași copiii fără tată, ce va spune lumea, de unde bani pentru locuință?*” sau „*Mai bea și el dar nu am ce să-i fac, trebuie să suport*”.

Explicația este dată de fuzionarea a două modele de socializare specifice:

- femeia acceptă conform dogmei, cutumei și normei prescrise autoritatea soțului chiar dacă ia forma masochismului social;
- bărbatul simte nevoia de a-și afirma autoritatea și puterea în familie. De multe ori comunicarea cu soția se reduce doar la aspecte formale.

2. violența explozivă, în registru acut, deconspirată prin impact medico-legal. Urmări: sechele neuro-psihice sau psiho-traumatice, comportament de frustrație și vătămări (fizice, corporale, ale organelor interne, arsuri).

Cumulând cele două modele de manifestare a agresivității asupra femeii se poate concluziona: lipsa de control, frâna comportamentală asociată cu ostilitatea, minciuna de supraviețuire devin comportamente simptomatice, ca o strategie de adaptare bazată pe confuzie, insecuritate și frustrare.

Urmărind caracteristicile generale întâlnite la marea majoritate a subiecților abuzului în familie putem contura portretele specifice atât pentru agresor cât și pentru victimă.

Dutton (1997, 1998) prezintă următoarea **tipologie a persoanelor violente**:

Tipul 1: persoane violente/ antisociale, acest grup cuprinde indivizii cei mai violenți din punct de vedere fizic, sunt manipulatori și narcisiști, predispuși la consumul de alcool și drog;

Tipul 2: personalități de limită, acest grup cuprinde indivizi cu atașament deficitar, impulsivi, nesociabili, capricioși, hipersensibili, oscilează rapid între indifeerență și furie;

Tipul 3: instabili emoțional, aceste grup cuprinde 25% din persoanele violente și este alcătuit din indivizi al căror comportament este agresiv emoțional.

Healy (apud. Cunningham și colab., 1998), în funcție de riscul la care este supusă victima, realizează o altă **clasificare a agresorilor**:

- **agresorul cu risc scăzut**
 - este descris ca cineva pentru care ofensa prezentă reprezintă primul incident violent (confirmat de victimă), nu a abuzat emoțional în antecedent, nu a avut un comportament haotic sau disfuncțional, nu a comis ofense pe perioada de separație, copiii nu sunt implicați în dispute și nu

sunt prezenți mai mult de doi dintre următorii factori de risc: dispute privind custodia copiilor, relații multiple, arestări pentru violență non-domestică, nivel scăzut de școlarizare, probleme la locul de muncă, probleme financiare, probleme de relaționare (de exemplu, nu are prieteni);

- *agresorul cu risc mediu*
 - este descris ca persoana la care se regăsesc mai mult de doi factori de risc, de exemplu: abuz asupra copiilor, separări multiple sau partener care a abandonat familia, relații întâmplătoare multiple, plângeri ale victimei agresate, amenzi/ arestări pe motiv de violență domestică, alte infracțiuni în antecedent, fără prieteni, în familia de origine comportamentul abuziv era acceptat, unul/ unii dintre membrii familiei au suferit/ suferă de boli mentale, comportament violent în afara familiei, abuz de substanțe, gânduri de sinucidere;
- *abuzatorul cu risc înalt*
 - poate fi orice agresor, care are unul dintre următorii factori de risc: ofense comise pe timpul separării, probleme medicale, arestări pe motiv de violență domestică, probe admise pe perioada arestării, tentative de suicid sau omor, abuz de substanțe în antecedent sau intoxicații în momentul agresiunii, negarea oricărei agresiuni sau infracțiuni, refuzul de a-și elibera partenerul. Risc înalt însumează cei asupra cărora nu se poate exercita o formă de control în ciuda consecințelor sau intervențiilor, sunt considerați a fi nepotriviți pentru tratamentul comunitar și sunt recomandați pentru sentința de încarcerare. Alt grup de agresori cu risc înalt, cuprinde pe cei a căror viață este disfuncțională și care sunt obsedați de victimele lor.

Cordova, Gottman, Jacobson, Rushe, Cox (1993) sunt convinși că există două tipuri de agresori identificați în funcție de schimbarea ritmului cardiac.

Un tip are un ritm accelerat al inimii în momentul când agrează (tipul 2), în timp ce celălalt are un ritm descrescător al inimii (tipul 1). Ei sugerează că grupul din urmă angajează o violență mai severă, sunt mai predispuși să comită fapte violente în afara violenței familiale, sunt abuzivi emoțional, au observat violență în familiile de origine și sunt dependenți de droguri.

Atunci când se cunosc multiple aspecte în legătură cu tipologia abuzatorilor, următorul pas pare a fi testarea ratei de succes a programelor de intervenție, funcție de tipul de abuzator, dar chiar dacă tipologiile prezentate pot să asiste planificarea tratamentului, nu pot asigura o validitate predicativă ridicată pentru recidivism.

Walker (1995) afirmă că o bună tipologie poate servi mai multor funcții: să indice care tip de abuzator este necesară pentru o intervenție de scurtă durată, care tip răspunde intervenției psiho-educative și necesită terapie îndelungată și care trebuie să ajungă în penitenciar. Aceeași autoare susține că a sosit momentul să se treacă de la perspectiva unidimensională despre abuzator la înțelegerea multidimensională a abuzatorilor și a relațiilor abuzive.

Autoarea menționată realizează o tipologie a abuzatorilor ținând cont și de implicațiile tratamentului asociat, identificând astfel:

- pe cei care agresează acasă, motivați de puterea și nevoia de a controla, care pot fi opriți cu metode psiho-educative legate de managementul furiei și reajustarea atitudinii sexelor;
- pe cei care au probleme psihologice serioase (incluse fiind depresia, gândirea disfuncțională și comportamentul obsesiv-compulsiv, dezordini paranoice, alte dezordini mentale serioase) și care necesită terapie individuală și de grup;
- pe cei care au comis alte crime și abuzuri în cadrul familiei și care ar putea fi diagnosticați ca având personalitate antisocială.

Pe de altă parte, din nevoia de a nu trata populația bărbaților agresivi în relația cu partenera ca pe un grup omogen și din dorința ca acesta diferențieri să permită o mai eficientă abordare terapeutică a problemei, s-a încercat o descriere a tipului de bărbat violent în relația cu partenera în funcție de trei caracteristici:

- severitatea incidentelor de violență fizică maritală și a abuzurilor psihologice și sexuale adăugate acestor incidente;
- gradul de generalizare a violenței (doar în familie și/ sau în afara ei) în relație cu alte variabile cum ar fi comportamentele criminale sau recurgerea la lege pentru penalizarea comportamentelor persoanei;
- psihopatologia sau tulburările de personalitate ale agresorului.

Toate acestea combinate și cu alți factori relevanți ca atitudinea față de violență, consumul de alcool, stabilitatea maritală au condus la descrierea unui portret al bărbatului agresiv cu partenera, portret care conține următoarele trăsături definitorii:

- răceală afectivă și distanțare emoțională;
- lipsa unor bune abilități de comunicare;
- preocupări obsesive;
- dependență de alcool și de alte substanțe nocive;
- convingerea că puterea și controlul pot fi obținute doar prin violență;
- scăderea încrederii în sine.

În ceea ce privește femeia victimă, s-a conturat un portret specific care cuprinde următoarele trăsături:

- pierderea încrederii în sine și a sentimentului valorii personale;
- pierderea controlului asupra situației și a propriului comportament;
- neglijarea personală (igienă, nutriție);
- creșterea consumului de alcool, droguri, tutun;
- stres ridicat, anxietate mărită, angoasă;
- tulburări psihosomatice (ulcer, migrene, dureri de spate, alte probleme fizice);
- neglijare/agresivitate față de copii.

Forme ale violenței asupra femeii în familie

Abuzul asupra femeii în familie este un comportament ce are ca scop instituirea și păstrarea controlului asupra partenerei de viață. Prin comportamentele de pedepsire și rănire a femeii, aceasta este transformată în victimă. Ca rezultat al acestui comportament, femeia-victimă este fără putere, speriată și cu sentimentul subordonării. Există mai multe tipuri de abuz care pot fi exercitate asupra femeii: abuz fizic, abuz sexual, abuz emoțional, abuz social.

Abuzul fizic constă în atingeri sau contacte fizice dureroase îndreptate asupra victimei sau celor dragi victimei: copii, părinți, frați, și, de asemenea, constă în intimidarea ei fizică (Munteanu, 1999, p. 70). Violența fizică începe cu gesturi și loviri care țintesc victima și pot duce până la crimă. Abuzul fizic ia multe forme incluzând: *împingerea, plesnirea, trasul de păr, răsucirea brațelor, provocarea de vânătăi, desfigurări faciale, contuzii, arsuri, bătăi, lovituri de pumn, aruncarea în victimă cu diverse obiecte, folosirea armelor, izbirea de pereți și mobilă.*

Violența fizică include și distrugerea bunurilor care aparțin victimei sau pe care cei doi parteneri le stăpânesc și le utilizează împreună. Abuzul poate avea ca rezultat fracturarea oaselor, producerea unor serioase răni sau desfigurări. Într-un număr mare de cazuri abuzul fizic se produce prin folosirea diverselor arme de foc sau a altor obiecte contondente. În cele mai grave situații abuzul fizic poate duce la moarte. Din nefericire, pentru multe femei viața lor se află într-un pericol real și constant. („Majoritatea atacurilor au loc noaptea. Când cei trei copii ai mei dorm, eu îl aștept să vină. Parcă trăiesc cu o bombă cu ceas. Așteptarea, neliniștea, sosirea lui acasă, dispoziția în care va fi, întrebarea dacă va mânca sau își va arunca cina pe perete, se vor trezi copii speriați și înspăimântați, va dărâma iarăși mobila?” (Family Violence Professional Education Taskforce, 1991, p. 62).)

Abuzul fizic este cea mai frecvent întâlnită formă de abuz. Ca o formă particulară a abuzului fizic este abuzul asupra femeii gravide. Întinderea exactă a acestui fenomen este încă o necunoscută, informațiile pe care le deținem fiind doar într-o formă empirică. Totuși, din ipotezele teoretice deținute, violența asupra femeii gravide are o largă întindere în teritoriul relațiilor de familie. Din nefericire, această practică are consecințe negative atât asupra femeii, cât și asupra fătului (este una dintre principalele cauze de avort) și, ulterior, asupra dezvoltării normale fizice și psihice a copilului.

Abuzul sexual începe cu comentarii degradante la adresa femeii și continuă cu atingeri neplăcute și diverse injurii provocate victimei în timpul sau în legătură cu actul sexual.

Violul marital este o formă de violență sexuală pe care femeia o suportă adesea suferind în tăcere, plătind tribut normelor sociale care consideră că relațiile intime sunt în primul rând un drept al bărbatului, un teritoriu unde el este stăpânul care decide;

această mentalitate determină femeia să nu vorbească despre acest tip de suferință. Problema abuzului sexual în familie este un subiect care deschide loc unor numeroase controverse, dar și subiect al investigațiilor științelor sociale și umane.

Abuzul emoțional este cel mai des întâlnit și se regăsește ca și parte componentă a tuturor formelor de abuz. Deși precede și acompaniază celelalte forme de abuz, acesta se poate manifesta și izolat prin: *injurii, amenințări, intimidări, uciderea animalelor domestice preferate, privarea de satisfacerea nevoilor personale esențiale (mâncare, somn etc.)*.

Dacă această violență pare mai puțin criminală, mai ușor de suportat de victimă, efectul trăirii ei de durată este dezastruos la nivelul stimei și încrederii de sine al victimei. Din punct de vedere psihologic există o varietate de situații abuzive cum ar fi: ironii și jocuri răutăcioase, umilire, ignorare, gelozie, amenințări, terorizări, izolare, blamarea victimei, etichetarea, impunerea dependenței, lovirea pereților sau a meselor cu pumnul de către parteneri. Imaginea de sine se construiește la confluența cu ce cred ceilalți despre tine, ce crezi tu despre ceilalți și ce crezi tu despre tine (Muntean, 1999, p. 70).

Femeia a cărei imagine de sine, sub presiunea violenței partenerului, este afectată și devalorizată devine neputincioasă în a-și organiza viitorul, foarte multe dintre aceste victime ajungând în atenția medicilor psihiatri din cauza apariției unor boli nervoase.

Abuzul emoțional cuprinde șase componente importante:

- **Frica**

Femeile abuzate se află într-o continuă teamă cu privire la siguranța lor fizică sau psihică. Tratamentul abuzator sau iminența unui atac aduc cu ele o intensă senzație de teroare și frică generată de potențialele răniri, de potențiala atingere a integrității lor fizice sau chiar a decesului;

- **Depersonalizarea**

Apare când atitudinea și comportamentul partenerului o determină pe femeie să se considere un obiect fără energie, resurse, nevoi sau dorințe. O formă a depersonalizării se manifestă când partenerul cere femeii să-și schimbe exprimările externe ale personalității sale conform dorințelor și nevoilor abuzatorului (de exemplu, un bărbat poate cere soției/ partenerei să se îmbrace și să se fardeze după bunul lui plac, ignorând stilul și dorințele femeii). O altă exprimare a depersonalizării se produce prin manipularea stării fizice a femeii (prin obligarea de a consuma tranchilizante) (LADO, 1989, p. 50);

- **Privarea**

Este o experiență obișnuită pentru femeile abuzate, ca rezultat al cererilor și controlului exercitat de partenerul abuzator. Privarea economică și socială sunt

formele cel mai des întâlnite. În cazul celei economice, abuzatorul își asumă dreptul de a folosi sau de a aloca veniturile familiei după propriile dorințe, fără a fi principalul aducător de venituri al acesteia (de exemplu, o femeie poate avea două slujbe pentru a întreține familia și a satisface așteptările partenerului) (LADO, 1989, p. 53);

- ***Supraîncărcarea cu responsabilități***

Această componentă a abuzului emoțional este una dintre cele mai subtile și dificil de identificat pentru femeile care o experimentează. Supraîncărcarea este suportată de femei zi de zi, când acestea își consumă energia pe plan emoțional și fizic pentru a-și menține relația și familia, fără nici o compensare a efortului și energiei de către parteneri, care cer ca femeia să aibă responsabilitate deplină asupra încercărilor de menținere a relației;

- ***Degradarea***

Cuprinde o varietate de atitudini ale partenerului: femeilor li se spune în mod repetat că sunt stupide, urâte, mame nepricepute, că nu se ridică la nivelul așteptărilor din punct de vedere sexual, că sunt incompetente și li se impune respectarea sistemului de valori al abuzatorului. Degradarea este greu de acceptat și cauzează sentimente de rușine și scădere a stimei de sine (Kirkwood, 1996, p. 46);

- ***Distorsionarea realității subiective***

Constă în punerea sub semnul întrebării, de către abuzator, a percepției femeii față de realitate.

Abuzul social este rezultatul rolului sexual rigid conturat de așteptările sociale față de femeie și bărbat, o barieră în calea valorizării resurselor femeii în afara familiei și un cadru care favorizează agresarea ei pe planul vieții private și intime.

În căutarea unor soluții pentru a evita agresiunile și în lipsa unui sprijin din afară, femeia își va sista activitățile și relațiile sociale care nu plac partenerului său. De fapt, această situație este un cerc vicios: pentru a evita violența, ea se izolează în situația de victimă a violenței și devine tot mai vulnerabilă și expusă.

II.4. Abuzul și neglijarea copiilor

Abuzul asupra copilului este prezent în toate societățile și în rândul fiecărei clase sociale și are la bază mai multe teorii universal acceptate: medicală, psihologică, socială, ecologică, feministă ș.a.. Aceste teorii conduc la definirea abuzului¹ ca: o

¹ În literatura de specialitate se pot regăsi și următoarele definiții:

- *Abuz asupra copilului* – „profitarea de pe urma diferenței de putere dintre un adult și un copil prin desconsiderarea personalității celui de-al doilea” (Roth-Szamosközi, 1999, p. 45) sau „cauzarea intenționată a unei vătămări ce afectează sănătatea fizică sau psihică a copilului” (N. Frude, 1989).

încălcarea a legilor/ a codului penal, un act cu consecințe medicale și/ sau psihologice, un fenomen multidimensional rezultat din interacțiunea mai multor elemente: caracteristicile părinților și ale copiilor, procesul de interacțiune familială, contextul comunitar, cultural și societal.

Pecora și colaboratorii (1992) propun conceptualizarea abuzului comis împotriva copilului la trei nivele: societal, instituțional și familial.

Abuzul societal se referă la „suma acțiunilor, atitudinilor și valorilor societății care împiedică buna dezvoltare a copilului” (Roth-Szamosközi, 1999, *apud* Giovannoni, 1985, p. 194).

După autorul citat, înțelegerea caracterului societal al abuzului se referă la:

- existența inegalității educaționale sau de formare profesională între diferitele categorii de familii și copiii acestora;
- marginalizarea unor familii și împingerea lor treptată spre o zonă de risc din ce în ce mai mare;
- gradul crescut de violență din societate care favorizează apariția climatului de abuz asupra copilului;
- neinterzicerea prin lege a diferitelor forme de pedeapsă corporală oferă un context societal în care violența împotriva copiilor este posibilă.

În acest cadru al abuzului societal se înscriu inegalitățile de șanse dintre copiii din mediul urban și cel rural. Prezentând proiectul de relansare a învățământului din mediul rural, presa a dat publicității date îngrijorătoare, furnizate de Ministerul Educației și Cercetării, preocupat de relansarea învățământului rural, evident defavorizat până acum; 8,2% dintre copiii de vârstă între 7-14 ani din mediul rural nu frecventează cursurile vreunei școli; din 1295 de licee, doar 185 funcționează în mediul rural;

- *Maltratarea* – „orice formă de acțiune sau de omitere a unei acțiuni care este în detrimentul copilului și are loc profitând de incapacitatea copilului de a se apăra, de a discerne între ceea ce este bine sau rău, de a căuta ajutor și de a se autoservi” (Popescu, Răduț, 1989, p. 2) sau „orice formă de violență, vătămare, abuz fizic sau mental, abandon sau neglijență, rele tratamente, exploatare, abuz sexual” (Convenția Drepturilor Copilului, art. 19).

Maltratarea este de două tipuri: maltratarea de criză (apare în familiile cu o funcționare armonioasă dar al căror ciclu de viață trece prin momente de adaptare care le pune în pericol echilibrul intern și maltratarea transgenerațională (întâlnită în familiile a căror mod de viață este haotic, ale căror relații sunt dezorganizate și în care carențele, maltratările confruntările de roluri se repetă de-a lungul mai multor generații (Ionescu, 2001, p. 16).

- *Rele tratamente aplicate minorului* – „punerea în primejdie gravă, prin măsuri sau tratamente de orice fel, a dezvoltării fizice, intelectuale sau morale a minorului de către părinți sau de orice persoană cărui minorul i-a fost încredințat spre creștere și educare” (Codul Penal Român, art. 306).

- *Copil în situație de risc* – „se referă la o populație de copii necunoscută ca număr sau ca pondere, în privința cărora avem cunoștință despre comportamente și situații care indică posibilitatea unor rele tratamente suportate de către minor (diferite tipuri de neglijare sau de abuz), dar nu avem certitudinea comiterii lor în prezent” (Rotariu și colaboratorii, 1996).

- *Minori exploatați prin muncă* – folosirea copilului la activități care depășesc capacitățile și rezistența sa fizică. Aceste tipuri de activități pot afecta echilibrul psihic al copilului, dacă sunt contrare preocupărilor specifice vârstei sale, sunt înjositoare (de exemplu, cerșitul) și împiedică realizarea sa școlară sau profesională.

repetenția este cu 50% mai mare în mediul rural decât în mediul urban; cei mai mulți suplinitori necalificați își desfășoară activitatea în școlile sătești etc. (Roth-Szamosközi, 1999, pp. 62-63).

Abuzul instituțional este cel prin care unele autorități, unități medicale, școli operează în moduri discriminatorii sau nu respectă drepturilor copilului și ale omului, în general.

Cei care abandonează școala sunt, în marea majoritate, copii din familiile sărace sau aparținând minorităților naționale defavorizate. Aceeași categorie de copii ajung cel mai des în instituțiile de ocrotire unde există riscul unui abuz, comis uneori chiar în numele instituției.

În contrast cu abuzul societal și instituțional, **abuzul familial** este comis de membrii familiei copilului – în special de către cei în care copilul are încredere, cei însărcinați cu îngrijirea copilului.

Desemnarea unui anumit comportament din cadrul familial ca fiind abuz sau neglijare depinde de o serie de factori sociali și culturali. Un comportament este considerat într-o societate dată ca fiind abuziv dacă el depășește standardul cultural obișnuit al comunității. De exemplu, bătaia peste fund sau o palmă dată unui copil sunt considerate în România forme acceptabile de pedepse date de către părinți. Chiar dacă un părinte aplică aceste forme de pedeapsă în mod frecvent (chiar zilnic), nici un asistent social, oricât de vehement s-ar împotrivi bătăii, nu ar putea considera justificată pedepsirea părintelui sau decăderea lui din drepturile părintești numai pe această bază, nici dacă acest stil parental ar prezenta urmări pe planul comportamentului și al echilibrului emoțional al copilului.

Recunoașterea normelor culturale mai restrânse sau mai largi nu înseamnă însă că profesionistul interesat de copil trebuie să nu încerce să intervină în folosul unui copil afectat de un asemenea stil parental. Intervenția sa nu va avea însă un fundament la fel de ferm ca în cazul în care legile interzic cu desăvârșire bătaia (Roth-Szamosközi, 1999, p. 65).

În Suedia sau în Olanda, astfel de pedepse sunt ilegale și dacă se dovedește că un părinte le aplică frecvent, el poate fi judecat și condamnat pentru abuz fizic împotriva propriului copil.

Abuzul asupra copilului rezultă din interacțiunea mai multor categorii de factori care încearcă să ofere o explicație completă a ariei de întindere a fenomenului, a relației copil-părinte, a relației maritale, a relației familiale și a structurării sociale existente. Factorii asociați abuzului asupra copilului au o influență graduală, acționând în diferite proporții încă de la apariție și pe tot parcursul dezvoltării fenomenului. Pentru o prezentare teoretică am grupat acești factori în trei categorii: factori individuali, factori familiali, și factori socio-culturali.

Autori precum Bronfenbrenner (1979), Carlson (1984), Garbarino, Guttman & Secly (1986) pentru explicarea cauzelor abuzului iau în considerare elementele situate la diferite niveluri ale mediului social:

- al microsistemului: tipul și mărimea familiei, natura relațiilor familiale, roluri și *pattern*-uri interacționale, influența copilului asupra dinamicii familiale, istoricul familial, evenimentele familiale cu rol de declanșare a abuzului;
- al mezosistemului: familia lărgită, vecinătatea, comunitatea etnică, religioasă, normele sociale, locul de muncă, valorile și relațiile suportive;
- al macrosistemului: atitudinea societății față de violență și față de copii, stereotipuri de sex și rol, nivelul de trai din societate, probleme sociale, politici sociale.

Plecând de la această abordare, Kaufman și Zigler (1997, p. 139) diferențiază factorii de risc și factorii compensatori ai abuzului asupra copilului. Factorii de risc sunt purtătorii unor evenimente stresante ce acționează pe o durată scurtă de timp, în timp ce factorii compensatori permit stabilirea armoniei în îngrijirea și educarea copiilor, și oferă o bază privind receptivitatea nevoilor copilului.

Din perspectiva autorilor menționați, factorii compensatori acționează la nivel ontogenic, individual – inteligența părinților, talente specifice, nivel de școlarizare

ridicat, limitarea consecințelor abuzului suferit în copilărie, deprinderi interpersonale bune, înfățișare plăcută; microsocial, al familiei – familie cu copii sănătoși, cel puțin un părinte oferă suport copilului, familia are un statut socio-economic acceptabil, siguranța bunăstării; la nivelul exosistemului, relațiile și componentele comunității – rețeaua socială oferă suport adecvat, puține evenimente stresante, afiliere puternică la comunitatea religioasă, experiențe educative pozitive pentru copil și părinți, intervenții terapeutice profitabile pentru părinți; macrosocial, al societății – model cultural care se opune violenței, care oferă sprijin victimelor, prosperitate economică.

Factorii de risc acționează la aceleași niveluri și sunt: la nivel ontogenic, individual, experiența abuzului în antecedent la părinți, părinți cu stimă de sine scăzută, nivel scăzut de inteligență, nivel de școlarizare minim, deprinderi interper-



sonale ineficiente; microsocioal, ai familiei, conflicte familiale, copii cu tulburări de comportament, copii cu boli cronice, familie monoparentale, statut socio-economic scăzut; ai exosistemului, relațiile și componentele comunității șomaj, izolarea socială a familiei, lipsa suportului în rețeaua socială, slabe legături de prietenie și vecinătate, experiențe educative negative pentru copil și părinte; macrosociali, ai societății, acceptarea culturală a violenței, acceptarea culturală a pedepselor fizice, copii sunt considerați proprietatea părinților, nivel crescut de sărăcie (Roth-Szamosközi, Maria, 1999, p. 167).

În 2000, CURS și ANDPC prezintă câteva studii în legătură cu fenomenul abuzului asupra copiilor în România și indică următoarele cauze: 36% nivel scăzut de trai; 26% nivel educațional scăzut; 19% violență domestică, consum de alcool, droguri; 9% familii destrămate; 4 % părinți prea ocupați; 3% mediu familial patologic; 3% șomaj.

II.4.2. Forme de abuz asupra copilului

a) Abuzul fizic

Presupune folosirea forței fizice de către cel care îngrijește copilul (părintele, tutorele, părintele de plasament, baby-sitter), având ca rezultat vătămarea copilului. Categoria copiilor abuzați fizic îi include pe cei care au fost răniți în mod deliberat, precum și pe cei răniți datorită insuficienței supravegherii.

Gelles și Straus (1996, p. 26) prevăd două stadii de dezvoltarea a *pattern*-urilor abuzive și de facilitare sau inhibare a factorilor compensatori sau destabilizatori ai abuzului: *expresivitatea violenței* în abuzul fizic, văzută ca modalitate de reducere a tensiunilor acumulate, dar și ca reacție de răspuns la acțiunea violentă a altei persoane asupra abuzatorului și *legitimitatea actului violent* explicat prin folosirea forței în situații sociale speciale.

Pentru a deosebi abuzul de accident² trebuie cunoscute câteva **caracteristici ale abuzului**:

- existență unei perioade lungi și inexplicabile de la incident până la prezentarea la medic (în cazul unui accident părinții se adresează medicului într-o oră, maxim două);
- existența unor rapoarte medicale anterioare, răniri, accidentări;
- diagnosticul pus de medicul care a examinat copilul confirmă abuzul (de exemplu, cazul copiilor arși cu țigara de concubinul mamei/ violența fizică asupra copilului de către concubinul mamei – ambii oligofreni);
- părinții nu oferă o explicație coerentă și concisă în legătură cu leziunile copilului;

² accidentarea copilului este neintenționată și se referă la rănirea acestuia atunci când adultul este mai puțin precaut față de riscuri (oboseală, stres, furie...) și nu constă în acte sadice, premeditate.

- părinții devin iritabili dacă sunt întrebați asupra împrejurărilor care au condus la producerea accidentului, manifestă ostilitate, au o atitudine diferită de suferința parentală;
- părinții încearcă să schimbe subiectul abordând alte probleme;
- comportamentul non-verbal al copilului: manifestă teamă, plânge când se apropie cel care l-a abuzat, devine neliniștit la despărțirea de celălalt părinte și are tendința de a cere acestuia tot mai multe favoruri, de a sta tot mai mult timp împreună. De asemenea, manifestă reluctanță în a explora restul lumii și trăiește sentimentul că îi lipsește dragostea și sprijinul.

Categorii de abuz fizic³:

- **vătămări corporale ușoare: vânătăi, plăgi, eroziuni** (pe față, pe zone mari din trunchi, spate, fese, coapse, pe zone neexpuse vederii directe), în forme neobișnuite, agregate sau oglindind instrumentul cu care au fost produse, în stadii diferite de vindecare⁴; **arsuri** de gradul unu, doi sau trei provocate de căldura uscată sau umedă (arsuri de țigară sau trabuc, arsuri pe fese și organele genitale indicând imersia în lichid fierbinte; arsuri provocate de funie pe brațe, membre inferioare, gât sau trunchi, arsuri a căror configurație indică forma obiectului cu care au fost produse);
- **vătămări corporale grave** (oase, mușchi) sau **vătămări ale organelor interne** caracterizate prin schimbarea colorației normale, durere, deformare sau imobilitate: fracturi ale oaselor lungi (braț, picior), fracturi în diferite stadii de vindecare, fracturi multiple la copilul sub 2 ani, rupturi de organe, hemoragie internă, **lovituri la nivelul capului** (fracturi craniene, ale mandibulei, ale piramidei nazale, edem cerebral, hematoma subdural, hemoragii retiniene). Căderile sau loviturile la cap pot conduce la serioase vătămări ale creierului chiar dacă acestea nu sunt observate imediat (de exemplu, copilul care a fost trântit de nenumărate ori cu capul de masă pentru că „nu se oprește din plâns”. Aceste lovituri pot avea serioase consecințe, cum ar fi: epilepsia, paralizia și întârzierea în dezvoltare;
- **acte periculoase** (acte ce constituie un risc sever pentru sănătatea, securitatea sau bunăstarea copilului) – introducerea în organismul copilului altfel decât sub control medical a oricărei substanțe care ar putea afecta temporar sau permanent funcțiile unuia sau mai multe organe și țesuturi (de exemplu, folosirea inadecvată a substanțelor cu regim special, a medicației prescrise, a

³ *Operational definition of Child Abuse and Neglect*, DSHS, Washinton State, 1993.

⁴ Stadializare prin colorație :

- imediat – la câteva ore de la producere: roșu ;
- timpuriu – la 6-12 ore de la producere: albastru ;
- târziu – la 12-24 ore de la producere: violet închis ;
la 4-6 zile de la producere: verzui închis ;
la 5-10 zile de la producere: verzui deschis spre galben.

medicamentelor curente și a cantităților mari de alcool. Folosirea de către femeile gravide din neglijență și/ sau nechibzuință a substanțelor toxice pentru făt și care pot determina nașterea unui copil cu dependențe sau deficiențe fizice sau neurologice, administrarea unei diete necorespunzătoare vârstei copilului (diete bizare, sare în exces), electrocutarea, înecarea sau sufocarea, lovirea capului copilului de zid sau de alte obiecte, trasul de păr, conducerea mașinii sub influența alcoolului și având un copil în mașină, lovirea copilului, cu bățul, cureaua sau cu alte obiecte în cap, peste organele genitale sau în părțile moi ale corpului, răsucirea forțată sau îndoirea părților corpului copilului, disciplinarea fizică a unui copil mic; folosirea armelor mortale în apropierea unui copil.

Este foarte greu de evaluat dacă vătămarea produsă este urmarea unui act deliberat sau este urmarea pasivității și a neprotejării copilului. S-a propus ca modalitate de limitare a conceptului de abuz asupra copilului să se considere doar vătămarile produse în mod deliberat. Acest lucru este dificil de evaluat, gradul de intenție este adesea neclar chiar părinților;

- ***pedepsele crude sau inumane*** (acte ce cauzează suferință fizică și/ sau psihică extremă): refuzul de a da copilului mâncare sau apă pe perioade îndelungate; constrângerea copilului de a sta în cadă cu apă rece, deprivarea de somn, încuierea copilului afară pe vreme rece și fără haine potrivite, încuierea copilului în locuri întunecoase pentru lungi perioade de timp, constrângerea copilului să mănânce materiale necomestibile (săpun, țigări, trabucuri), imobilizarea copilului în cătușe sau frânghii, folosirea unor șocuri electrice de tensiune joasă.
- ***minori exploatați prin muncă*** – folosirea copilului la activități care depășesc capacitățile și rezistența sa fizică. Aceste tipuri de activități pot afecta echilibrul psihic al copilului, dacă sunt contrare preocupărilor specifice vârstei sale, sunt înjositoare (de exemplu, cerșitul) și împiedică realizarea sa școlară sau profesională.

Consecințele abuzului fizic

Consecințele abuzului fizic asupra dezvoltării copilului au fost îndelung studiate. Unii autori consideră că în urma abuzului fizic copiii au învățat că lumea lor este una imprevizibilă, adesea un loc periculos, iar adulții care îi îngrijesc pot fi furioși, nerăbdători, depresivi și distanți. Mai mult, ei se pot transforma fără nici o avertizare în persoane ostile și violente. Lângă un părinte agresor, atașamentul copilului este afectat, determinându-l pe acesta să se perceapă ca fiind incompetent, neîubit și de neîubit. La maturitate prezintă adesea probleme afective (depresie, tristețe, anxietate). Ei



devin limitați în perceperea propriilor sentimente și întâmpină dificultăți în interpretarea și reacționarea la expresiile emoționale ale altora. Ca rezultat al abuzului, copiii și adulții pot dezvolta un *pattern* de negare sau limitare a anumitor reacții emoționale care în schimb diminuează capacitatea lor de a fi expresivi sau spontani în alte contexte.

Studiile asupra copiilor abuzați fizic au identificat atât comportamente agresive verbale și fizice, cât și comportamente evitante. Green sugerează că agresivitatea este un efort al copilului abuzat de a evita sentimente de neajutorare și anxietate iar Helfer aduce în atenție faptul că, a fi crescut într-un mediu în care abuzul fizic este o reacție obișnuită la probleme, sentimente și conflicte, duce la slăbirea mai multor comportamente importante cum ar fi: rezolvarea problemelor, acceptarea gratificației întârziate și controlul impulsivității. Ca reacție la un conflict sau la o problemă, copiii abuzați recurg la un tip de ostilitate verbală sau fizică sau la obediență pasivă pentru a rezolva problema sau pentru a-și satisface nevoile (Helfer, M.E., Kempe, Krugman, R., 1997, p. 568).

Dezvoltarea psihologică este puternic marcată de abuzul suferit manifestându-se la nivelul comunicării, relaționării, afectivității și a nivelului intelectual.

Acești copii trec cu ușurință de la o stare la alta, de la exuberanță la tăcere, se supără repede, sunt suspicioși (cu o rezistență scăzută la frustrare sau uneori cu note autiste), făcându-i foarte dificile și greu de suportat în colectiv⁵.

În toate formele de abuz se evidențiază reacții psihosomatice care pot deveni cronice și care chiar dacă sunt trăite subiectiv (neobiectivate medical) ele pot reprezenta o suferință reală, modificând întregul comportament în funcție de simptomatologia acuzată. Prin urmare, șocul traumatic este o reacție laborioasă și periculoasă care însoțește abuzul.

Medicina psihosomatică actuală a pus în evidență cu certitudine că agenții traumatici, pe lângă modificările lezionale specifice, produc o serie de reacții generale ale organismului care sunt denumite generic *stare de șoc*. Simptomatologia șocului se caracterizează în primul rând prin fenomene nervoase și somatice. Fenomenele nervoase sunt de natură vegetativă și psihică. În al doilea rând, se petrec reacții hemodinamice a căror intensitate este variabilă, datorându-se hemoragiei și colapsului. Glandele endocrine reacționează și ele la traume, în special glandele suprarenale, care în timpul șocului revarsă în sânge o mare cantitate de adrenalină și noradrenalină. Datorită tulburărilor neuroendocrine și umorale vor apărea dereglări metabolice grave.... Șocul reprezintă, așadar, o reacție a organismului la alterarea echilibrului său cu mediul, având drept urmare declanșarea unor mecanisme de apărare, iar pentru a se constitui șocul traumatic necesită un interval de timp situat între momentul producerii leziunilor generatoare de șoc și momentul instalării simptomatologiei clinice (Păunescu, 1995, pp. 95-107).

⁵ Abuzul și neglijarea copilului, raport editat de Organizația Salvați Copii, 2000.

b) Abuzul sexual

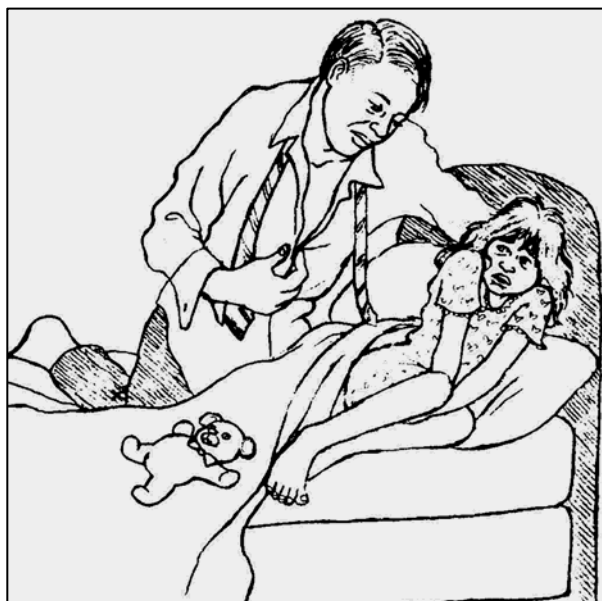
Presupune implicarea de către adult a copiilor dependenți, imaturi, a adolescenților, în activități sexuale pe care nu le înțeleg și la care ei nu sunt în măsură să consimtă în cunoștință de cauză sau care violează normele tradiționale ale vieții de familie. Termenul de abuz sexual asupra copiilor este un termen generic ce acoperă mai multe tipuri de comportamente abuzive ce nu implică neapărat contact fizic direct, dar sunt considerate tratamente abuzive din punct de vedere sexual. Dintre formele de abuz sexual menționăm: nuditatea, exhibiționismul, palparea, masturbarea, penetrarea sexuală pe cale orală, genitală sau anală, contact sexual simulat, hărțuirea sexuală, exploatarea sexuală (Araji, S., 1997, p. 35).

Se includ în categoria abuzului sexual toate formele de relații și comportamente hetero- sau homosexuale, de la atingerile cu caracter sexual la penetrare, în care sunt implicați un adult și un minor, persoane înrudite sau nu. Chiar și atunci când relațiile sexuale dintre un adult și un copil par să fie liber consimțite și nu au o componentă de recurgere la forță, se folosește tot noțiunea de abuz sexual.

Atunci când agresorul este minor, diferența de vârstă care înseamnă totodată un nivel superior de maturitate psihică de la care se vorbește despre relații de tip abuziv este de cinci ani.

În cadrul familiei, abuzul sexual se numește incest, iar în afara familiei, se numește pedofilie. Tipurile de incest (Laviola, M., 1992) cele mai des întâlnite sunt: tată cu fiică sau tată vitreg cu fiică vitregă, urmate de tați cu fii sau tați vitregi cu fiii vitregi. Și incestul între frați biologici și cel între frați vitregi este la fel de des întâlnit, mai ales în forma mai puțin gravă de activitate de explorare.

Modelul de înțelegere a abuzului sexual asupra copilului se bazează pe patru precondiții ce trebuie să apară înainte ca abuzul să se poată instala. Finkelhor (1996, pp. 68-69) analizează factorii care apar în cadrul fiecărei precondiții, dar și relațiile la nivel individual și socio-cultural.



Precondiții	Factori	Acțiuni individuale	Acțiuni socio-culturale
Motivul pentru a abuza	Congruența emoțională	- dezvoltarea emoțională; - nevoia de control; - retrăirea traumei/ a durerii; identificarea narcisistă.	- necesitatea masculină de a domina și de a fi puternic în relația sexuală.
	Apetit sexual	- experiență sexuală traumatizantă în copilărie; - imitare; - atribuirea eronată a apetitului sexual; - anormalitate biologică.	- pornografie; - portrete erotice ale copiilor în reclame; - tendința de sexualizare a nevoilor emoționale.
	Blocajul	- conflict Oedipian; - frica de femei adulte; - experiență sexuală traumatizantă cu adult; - probleme în căsătorie.	
Depășirea barierelor interne		- alcoolul; - bolile psihice (psihozele, dezordinea impulsivă); - lipsa inhibițiilor incestului în dinamica familiei.	- toleranță socială pentru interesul sexual față de copil; - sancțiuni ușoare; - ideologia prerogativelor patriarhale; - toleranță socială pentru comportamentele deviante; - pornografia cu copii; - incapacitatea de a identifica nevoile copilului.
Depășirea inhibitorilor externi		- absența mamei; - mama nu este apropiată de copil; - mama este dominată sau abuzată de tată; - izolarea socială a familiei; - oportunități neobișnuite de a fi singur cu copilul; - lipsa supravegherii copilului; - condiții improprii de locuit.	lipsa suportului social; erodarea relațiilor sociale; bariere privind egalitatea bărbatului cu femeia.

Summit (1983) delimitează câteva stadii ale abuzului sexual și numește aceste situații *Sindromul acomodării copilului cu abuzul sexual* (Lopez, G., 2001, p. 53). Autorul ia în considerare în principal copilul și oferă posibilitatea înțelegerii modului de adaptare, de obișnuire a copilului cu abuzul sexual.

● **Stadiul 1: păstrarea secretului**

– nici un copil nu este vreodată pregătit să facă față abuzului sexual produs de un adult. Copilului i se poate spune direct „acesta este unicul nostru secret” sau acest

lucru poate fi lăsat să se înțeleagă. Șantajul, amenințarea, mituirea sunt deseori folosite pentru a menține copilului frica de a dezvălui. Copilul se simte lipsit de ajutor și nu face decât să se complacă în situația respectivă.

• **Stadiul 2 : sentimentul neajutorării**

– există un dezechilibru al puterii între adult și copil, copilul se simte lipsit de ajutor și prins într-o capcană, acesta trebuie să se supună adultului și nu poate spune NU. În locul strigătului de ajutor, singura lui armă este să se prefacă adormit în speranța că totul se va termina.

• **Stadiul 3 : imposibilitatea de reacție și de obișnuință**

– în ciuda sentimentului de vinovăție pe care îl are, agresorul se simte încurajat de faptul că nu există o reacție promptă, agresivă din partea copilului, ceea ce conduce la repetarea abuzului. Copiii folosesc un procedeu numit *gândirea detașată de realitate*, pentru a face față realității dureroase. Singura persoană care poate opri abuzul este cel care abuzează, deci copilul se va comporta bine dacă vrea ca abuzul să fie oprit, ceea ce înseamnă că trebuie să accepte toate solicitările sexuale. Copilul începe să se simtă vinovat de a fi provocat într-un anume fel abuzul. Victimele adulte descriu cum, copii fiind, se simțeau responsabili deoarece ele erau motivul pentru care familia rămânea unită.

• **Stadiul 4 : dezvăluirea abuzului sexual**

– Dezvăluirea poate avea loc imediat după abuz sau la o perioadă mai mare de timp. Astfel, dezvăluirea poate lua mai multe forme:

- copiii pot face declarații largi, ambigue care pot fi interpretate ca simptome comportamentale (de exemplu, *Se întâmplă o mulțime de violuri acum în Iași*); un alt simptom comportamental este când un copil mic încearcă să simuleze un act sexual cu un alt copil;
- copii pot face declarații adulților/ prietenilor că au fost abuzați sexual. Scopul acestora este de a testa reacția ascultătorilor – dacă cel care ascultă este șocat sau are o reacție de repulsie, copilul poate spune că a mințit –, dar astfel de declarații directe arată că ceva s-a întâmplat;
- schimbări semnificative în comportament: izbucniri comportamentale, accese de furie, insomnii, frică de a rămâne acasă singur cu agresorul, frica de a merge la culcare. La adolescenți apare consumul de alcool exagerat, fuga de acasă sau prostituția;
- apariția unor boli: enurezis, boli venerice sau chiar o sarcină.

• **Stadiul 5 : implicarea anumitor servicii de specialitate, în funcție de reacția părinților.**

Aprecierea gravității faptelor se face în funcție de:

- vârsta copilului, cu cât aceasta este mai mică cu atât faptele sunt considerate mai grave;

- relația dintre abuzator și victimă, fapta fiind cu atât mai gravă, cu cât relația abuzatorului cu victima este mai strânsă;
- tipul actului sexual la care a recurs agresorul;
- durata abuzului, un singur eveniment are un efect mai ușor de suportat decât situațiile abuzive care se întind pe o durată mare de timp;
- gradul forței aplicate, fapta fiind cu atât mai gravă, cu cât forța utilizată este mai mare.

Consecințele abuzului sexual

Copilul care a fost abuzat sexual trăiește emoții foarte diferite (și adesea copleșitoare), precum:

- **teamă** de abuzator, de a cauza necazuri, de a pierde adulții importanți pentru el, de a fi dus de acasă, de a fi „diferit”;
- **furie** față de abuzator, față de alți adulți din preajmă care nu l-au protejat, față de ei înșiși (sentimentul de a fi cauzat problema);
- **izolare** pentru că „ceva nu este în ordine cu mine”, pentru că se simt siguri în experiența pe care o trăiesc, pentru că întâmpină dificultăți în a vorbi despre abuz;
- **tristețe** de a li se fi luat ceva, de a fi pierdut o parte din ei înșiși, de a se fi maturizat prea repede, de a fi trădați de cineva în care au încredere;
- **vină** deoarece nu au fost capabili să oprească abuzul și, prin aceasta, cred că au consimțit la abuz, vină pentru că au păstrat secretul;
- **rușine** fiindcă au fost implicați în această experiență;
- **confuzie** pentru că îl mai iubesc încă pe agresor, iar sentimentele lor se schimbă tot timpul (Moore, J., 1992, p. 55).

Copilul abuzat sexual se simte trădat, păcălit, temător, vulnerabil, rușinat și diferit față de ceilalți copii. Mulți copii, abuzați în cadrul familiei, se simt răspunzători pentru abuz și le este foarte greu să se separe de abuzator sau să-și creeze o identitate a lor, alta decât rolul victimă/ abuzator.

Numeroase studii au demonstrat că abuzul sexual cauzează reale și profunde probleme pentru majoritatea copiilor abuzați și pentru familiile acestora. Aceste probleme pot fi grupate într-una dintre următoarele arii majore: abuzul sexual poate deteriora capacitatea copilului de a avea încredere în adulți, poate conduce la o viziune eronată asupra sexualității, poate cauza stări emoționale reactive și prelungite (depresie, anxietate, frică, vină, auto-învinuire, neliniște, neîncredere în sine, neîncredere în altă persoană etc.), poate genera probleme comportamentale reflectate în: relații deficitare la

maturitate, disfuncții sexuale, abuz de substanțe, acte antisociale, comportament ostil, delicvență, comportament autodistructiv – mutilări, suicid.

Susținere pe termen lung a copilului abuzat sexual implică (Whitman, 1998):

- micșorarea sentimentului de vină;
- întărirea respectului de sine și a sentimentului de valoare personală;
- oferirea de sprijin și de educație sexuală;
- copiii abuzați trebuie să știe că sunt sănătoși fizic;
- copiii abuzați trebuie învățați să-și apere drepturile;
- copiii abuzați trebuie învățați să deosebească comportamentele afectuoase de cele sexuale;
- consiliere și terapie susținute.

c) Abuzul emoțional

Abuzul emoțional este cel mai greu de definit dintre toate formele de abuz și poate să apară în situații foarte diferite de viață. Poate fi definit ca o „atitudine sau acțiune cronică a părinților sau altor persoane îngrijitoare, care dăunează sau împiedică dezvoltarea unei imagini de sine pozitive a copilului” (Killén, 1998, p. 32). Constă în afectarea gravă a dezvoltării copilului prin atitudinea și comportamentul părinților. Este atacul unui adult asupra dezvoltării conștiinței de sine și a competenței sociale a copilului.

Categorizarea diferitelor forme de abuz emoțional poate fi făcută pe baza tipului de situație la care copilul este expus.

Respingerea intenționată, repetată a copilului, manifestată prin nerecunoașterea consecvență a nevoilor și meritelor sale constituie o formă specifică de abuz emoțional. Ea exprimă negarea legitimității dorințelor copilului și transmiterea ideii că el este lipsit de drepturi, e dependent de adult, inferior și lipsit de speranța de a fi acceptat (Goodman, Scott, 1997, p.160).

Terorizarea copilului pe cale verbală pentru inocularea fricii de consecințele grave ale actelor lor creează acestuia imaginea unei lumi terifiante, ostile. Amenințările adultului se pot referi la pedepse neprecizate, dar înfricoșătoare, care pot pune în pericol pe copilul însuși sau pe o persoană iubită de el, un animal sau un obiect îndrăgit. Această atitudine este frecventă în cazul abuzului sexual, în care adultul abuziv folosește o



gamă largă de amenințări destinate să împiedice copilul de a dezvălui secretul relației sexuale.

Ignorarea nevoilor copilului constituie abuz în măsura în care adultul lipsește copilul de stimulii esențiali dezvoltării sale psihice și cognitive (Pecora și colab., 1992). Gravitatea acestui tip de comportament abuziv provine din faptul că, pentru dezvoltarea psihică sănătoasă a oricărui copil, este indispensabilă receptivitatea adulților la nevoile acestuia. Refuzul consecvent al comunicării cu propriul copil, neobservarea intenționată a dorințelor exprimate de acesta, lipsa de interes a familiei sau a colectivității în dezvoltarea abilităților copilului sau a performanțelor acestuia, refuzul de a răspunde la durerea copilului, la cererea lui de ajutor, neprotejarea lui de agresiunea unor frați sau alți copii sunt câteva dintre formele pe care le poate lua ignorarea.

Izolarea copilului de experiențele sociale firești ale vârstei sale îl rupe pe copil de mediul social care îi poate asigura acestuia relațiile sociale necesare dezvoltării competențelor sociale și formării identității sale. Interzicerea sistematică a jocului cu alți copii, a distracțiilor cu cei de aceeași vârstă, împiedică copilul sau adolescentul să lege prietenii și să-și formeze puncte de reper în mediul social exterior familiei (Roth-Szamosközi, 1999, p. 51).

Coruperea copilului înseamnă atragerea lui în activități și comportamente antisociale (în domeniul delictvenței, al violenței, al consumului de alcool sau droguri). Manipularea în această direcție a unui minor poate conduce la angajarea acestuia în pornografie, prostituție, trafic și consum de droguri, cerșetorie, furt, contrabandă, muncă în condiții ilegale. Caracteristică pentru acest tip de abuz este antrenarea copilului în activități ale căror consecințe îi depășesc capacitatea de înțelegere și îi pervertesc judecățile morale. Copilul este forțat să preia atitudinile imorale ale adultului abuziv, în avantajul și spre profitul acestuia (Whitman, 1998). Este cazul numeroșilor copii-cerșetori folosiți de familiile lor pentru a le asigura traiul, copii degradați emoțional și moral începând de la vârste fragede, care își pierd stima de sine și demnitatea.

Deprivarea copilului de demnitate (degradarea în accepția lui Brassard, Germain, Hart, 1987) poate fi analizată separat, înțelegând prin aceasta recurgerea de către adult la exprimări sau la atitudini depreciatoare la adresa copilului, care afectează demnitatea acestuia. În acest cadru se include folosirea cu regularitate a unor expresii jignitoare la adresa capacităților intelectuale sau practice ale copilului, exprimarea neîncrederii în viitorul lui, învinovățirea lui pentru eșecurile sale din toate domeniile, folosirea lui în activități degradante.

Copiii care sunt percepuți negativ de părinții lor (uneori chiar de la naștere). Acești copii sunt expuși la diferite grade de respingere. Ei sunt trecuți cu vederea, ridiculizați, respinși și văzuți ca sursă a problemelor părinților. De asemenea, poate fi observat și „sindromul Cenușăresei” – în acest caz copilul fiind abuzat nu numai de părinți, ci și de către frații săi. Ceilalți frați, simțindu-se în nesiguranță și suferind de o

anxietate cronică datorată atitudinii părinților, aleg ca o ușurare posibilitatea de a se alia cu părinții puternici și periculoși. Ei definesc fratele sau sora ca fiind „stupidă” sau „imposibilă” și ca pe cineva care este vinovat de tot ceea ce e rău în familie.

Copilul este terorizat prin amenințări cu pedepse, cu părăsirea sau alungarea – amenințările îi creează o stare de anxietate, căreia copilul cu greu îi face față. Bowlby (1975) susține că amenințările separării sunt probabil mai dăunătoare decât adevărata separare.

Copiii ai căror părinți sunt violenți unii cu alții (Hershorn și Rosenbaum 1985, Silvern și Kaersvang 1989, Kocinsky 1993) – acești copii trăiesc în anxietate și și folosesc adesea energia pentru a avea grijă de ei înșiși, și în mod ironic, chiar și de părinții lor. Ei sunt adesea forțați să-și asume responsabilități în situații pentru care nu sunt suficient de maturi să le facă față. Nu le mai rămâne decât foarte puțină energie și bucurie pe care să o investească în joacă, în relațiile cu alți copii și în învățatură. Mulți ani mai târziu pot fi observate probleme de identitate ale acestor copii, a conștientizării propriei valori și a identității sexuale.

Copiii ai căror părinți consumă droguri sau alte substanțe psihoactive (Hansen, 1991, Skog și Olofsson, 1992) – copiii aflați în asemenea situații observă faptul că adulții sunt prea preocupați de propria lume, de propriile lor nevoi și probleme încât nu mai pot avea grijă de ei și de nevoile lor. Copilul este expus la anxietate și la situații neprevăzute pe care nu le poate înțelege. Consumatorii de droguri folosesc adesea negarea și proiecția ca mecanism de apărare. Ei neagă, minimizează și raționalizează abuzul pe care îl săvârșesc. Se întâmplă adesea ca acela care consumă droguri să realizeze proiecția asupra copilului pe care s-ar putea să-l facă să se simtă răspunzător de orice problemă ar apărea. Un consumator de droguri poate distorsiona percepția copilului asupra realității la fel de mult ca un părinte psihotic. La fel ca în cazul abuzului fizic și al celorlalte forme de abuz emoțional, copilul trăiește sentimentul vinovăției pentru ceea ce se întâmplă. Consumul de droguri contribuie de asemenea, la izolarea și stigmatizarea familiei.

Copii consumatorilor de substanțe sunt afectați deja de la nivelul vieții intrauterine. Jones (1973) a introdus diagnosticul sindromului de *alcolemie fetală* pentru a arată deficiențele înnașcute ce pot apărea, sindrom ce se caracterizează prin: fizionomie specifică, malformații congenitale, tulburări de creștere și retard mintal. În cazul mamelor, care consumă droguri în timpul sarcinii, există riscul ca nou-născutul să dezvolte simptome de *abstinență*: tremurături, agitație motorie, vomă diaree, crampe abdominale.

Eșecul non organic de dezvoltare (Ayoub și Miller, 1985) a fost definit ca o formă de neglijare emoțională a cărei consecință este retardul în creștere și greutate. Este cunoscut în psihiatria copilului ca tulburare de atașament primar ce are drept consecință nanismul staturo-ponderal.

Sindromul Münchhausen prin intermediar (Rosenberg) – în acest caz părinții inventează o boală pe care o atribuie copilului și în urma căreia copilul este supus la o serie de investigații și tratamente (Alexiu, 2001, p. 94)

Copii ai căror părinți divorțează fără a fi capabili să realizeze creșterea lor – copilul este plasat în mijlocul unui conflict cronic în care unul dintre părinți îl acuză pe celălalt, iar copilul poate fi forțat să „ia partea unuia dintre ei”. Copilul devine anxios și se întâmplă adesea să aibă sentimente confuze. El pierde un părinte fără să-i fie permis să fie necăjit sau să ceară și să primească ajutor. Furia, asociată cu acestea, și disperarea copilului deseori nu sunt exprimate direct, copilul devenind deprimat și/ sau dificil. El trece printr-un proces care îi poate afecta legăturile cu cei apropiați, într-un mod negativ și pe timp îndelungat.

În literatura de specialitate se menționează patru aspecte legate de separare și divorț care pot fi identificate ca abuz emoțional:

- copilul dezvoltă o anxietate cronică de separare și sentimentul de vină datorită faptului că a fost de partea unuia dintre părinți;
- copilul a fost folosit în mod conștient sau inconștient spre a ajuta „funcționarea” unuia dintre părinți, de exemplu, trimiterea de mesaje, spionare etc. În asemenea situații, copilul va dezvolta adesea tulburări psihosomatice și de comportament;
- cazul răpirii copilului sau al separării ilegale a acestuia de către părinți;
- cazul în care părinții se bat în prezența copilului (Killén, 1998, pp. 32-39).

Abuzul emoțional afectează pe unii copii mai mult, în timp ce pe alții mai puțin, dar cert este că produce o întârziere a dezvoltării sociale și intelectuale a copilului. Abuzul emoțional este frecvent la familiile disfuncționale, iar efectele sale se văd atât în mediul familial, cât și în cel școlar. Bowlby (1975) susține că acest abuz este suficient de grav deoarece cel abuzat nu este în mod necesar conștient că este abuzat, iar cel care abuzează nu este în mod necesar conștient de abuzul său.

d) Neglijarea

Neglijarea constă în forme de rele tratamente prin care se omite asigurarea nevoilor biologice, emoționale și educaționale ale copiilor, punând astfel în pericol dezvoltarea lor fizică, emoțională, cognitivă și socială (Roth-Szamosközi, 1999, p. 79).

Neglijarea mai este definită ca reprezentând „condițiile în care persoana responsabilă de îngrijirea copilului, fie intenționat, fie din neatenție, permite copilului să experimenteze suferințe care pot fi evitate și/ sau nu reușește să asigure una sau mai multe condiții care sunt esențiale pentru dezvoltarea capacităților fizice, intelectuale și emoționale ale unei persoane” (Gaudin, 1993, p. 4).

• Carențe de creștere și dezvoltare:

- neasigurarea de către părinți (părinții cu probleme psihice, stări depresive sau care și-au pierdut locul de muncă, părinții cu probleme maritale sau care

consumă alcool sau droguri etc.) a necesarului zilnic de vitamine și substanțe nutritive, a necesarului caloric în rația copilului. Cauzele care conduc la aceasta sunt erorile din formula de preparare a hranei sugarului și a copilului mic, cauze care generează scăderea în greutate și instalarea distrofiei (Schmitt & Maoro, 1989).

• **Neglijare educațională:**

– susținerea absenteismului este considerată ca fiind formă de maltratare dacă părintele a fost informat asupra problemei și nu a luat nici o măsură; neînscrierea copilului într-o formă de învățământ – omiterea înscrierii într-o formă de educație adecvată nivelului copilului, ignorarea nevoilor speciale de educație, refuzul acordării sau eșecul în obținerea serviciilor educaționale recomandate sau neglijarea obținerii tratamentului pentru o dificultate de învățare diagnosticată a copilului sau a nevoilor speciale de educație fără un motiv rezonabil. Neglijare este considerată și situația în care copilului i se permit practici contrare interesului său, privitul la televizor timp de 6-8 ore/zi, acceptarea frecventă a scuzelor pentru nefrecventarea școlii (Ciofu, 1993, p. 46). Bebelușii par să aibă un impuls înăscut de a rosti diverse sunete și de a comunica. Persoana de îngrijire, prin faptul că vorbește cu copilul, ajută și armonizează procesul prin aprobarea și ghidarea sunetelor produse de copil pentru ca acestea să devină cuvinte. Acest lucru formează baza funcțiilor simbolice ale minții, de care depinde învățarea cognitivă de mai târziu. Lipsa interacțiunilor cu persoana de îngrijire în domeniul verbal constituie o formă gravă de neglijare. Pe lângă neglijarea nevoilor de bază ale copilului, părintele sau persoana de îngrijire pot eșua în creșterea și educarea copilului prin nesatisfacerea nevoilor psihice de educație stimulativă, de acompaniere, sau să nu poată oferi un model în ceea ce privește interrelaționarea (Steele, B.F., 1997, p. 82).

• **Neglijarea fizică:**

– neasigurarea de către părinte a condițiilor decente de trai și neacordarea ajutorului fizic copilului, mai ales în perioada când este dependent de părinte, neasigurarea măsurilor de supraveghere și protecție, neasigurarea îmbrăcăminte adecvate, neglijarea realizării unor amenajări pentru siguranța condițiilor de locuit.

• **Neglijarea medicală:**

– lipsa de interes a părintelui față de sănătatea copilului, ajutor inadecvat dat de către părinte, comportament neglijent al părintelui față de copilul bolnav și față de tratamentul prescris, neasigurarea medicației, neprezentarea la medic.



• **Neglijarea sexuală:**

– pune copilul în situația de risc pentru a fi abuzat. Copilul nu este protejat și educat de cei care-l îngrijesc și poate fi supus activităților sexuale ale adulților, unor materiale pornografice, într-un mediu promiscuu, nepotrivit pentru un copil (Muntean, 2003, p. 698).

• **Neglijarea emoțională:**

– îngrijirea și afecțiunea inadecvate – neglijarea evidentă a nevoii copilului de afecțiune, sprijin emoțional, atenție, refuzarea îngrijirii psihologice, refuzarea asigurării tratamentului necesar și disponibil pentru problemele emoționale sau de comportament ale copilului în acord cu recomandările unui profesionist, întârzierea în îngrijirea psihologică – eșecul în căutarea sau asigurarea tratamentului necesar pentru o problemă emoțională sau de comportament a copilului, problemă pe care ar fi recunoscut-o orice persoană neavizată ca necesitând îngrijire psihologică de specialitate (depresie cronică, tentativă de sinucidere etc.). Alte tipuri de neglijare emoțională: alte neglijări ale nevoilor emoționale ale copilului care nu au fost clasificate mai sus (restricții exagerate evidente, așteptări nepotrivite față de vârsta/ sexul copilului sau nivelul de dezvoltare etc.). Este ușor de deosebit nereușita părinților de a le asigura copiilor hrana potrivită, îmbrăcăminte, securitate, protecție, o igienă corespunzătoare și o vaccinare periodică din cauza sărăciei de cea a părinților/ persoanei de îngrijire a căror singură scuză este lipsa de empatie și de dragoste pentru proprii copii;

• **Abandon și supraveghere inadecvată:**

– comportamentul părinților care-și abandonează copiii prin excluderea lor din familie, trimiterea acestora pe stradă sau dezinteres pentru creșterea și îngrijirea adecvate. Legislația românească cu privire la declararea judecătorească a abandonului a stabilit la șase luni perioada maximă de timp după care un copil este declarat abandonat⁶. Din punct de vedere psihologic declararea abandonului la șase luni de dezinteres din partea părinților biologici („încetarea oricăror forme de legături și raporturi afective normale”) reprezintă un alt mod de maltratare a copilului, prin neglijarea nevoilor lui de interacțiune cu un adult de referință (Muntean, 2001, p. 250).

Consecințele neglijării

Numeroase studii au identificat probleme semnificative de dezvoltare în cazul copiilor care au fost supuși unei îngrijiri inadecvate și neglijării.

Pornind de la teoria atașamentului, cercetătorii au reușit să demonstreze că acei copii neglijăți și abuzați eșuează în dezvoltarea unor atașamente sigure față de părinții

⁶ „Copilul aflat în grija unei instituții de ocrotire socială sau medicală de stat, a unei instituții de ocrotire legal constituite sau care este încredințat unei persoane fizice în condițiile legii, poate fi declarat prin hotărâre judecătorească ca abandonat, ca urmare a faptului că părinții săi firești s-au dezinteresat de el în mod vădit, pe o perioadă mai mare de șase luni”, *Codul familiei*, Editura Lumina Lex, București, 1993, p. 59.

neglijenți și/ sau abuzivi. Din cauza ostilității, respingerii, atenției insuficiente acordate nevoilor lor, acești copii dezvoltă atașamente anxioase, nesigure față de părinții sau persoanele care îi îngrijesc. Această lipsă de atașament sigur întârzie abilitatea copilului de a explora mediul și de a dezvolta sentimente de competență.

De asemenea, teoria învățării sociale a fost utilizată pentru a explica diferențele existente între copiii abuzați și cei neglijăți. Copiii neglijăți par a fi, în general, mai pasivi și mai retrași din punct de vedere social, în timp ce copiii abuzați sunt mai agresivi și mai activi. Teoria învățării sociale sugerează faptul că, în cazul copiilor neglijăți, comportamentul este preluat de la comportamentul mai puțin activ și mai retras pe care îl observă la modelul lor, în timp ce copiii abuzați învață să imite comportamentul mai agresiv al părinților lor.

Copiii de vârstă școlară neglijăți întâmpină grave dificultăți în învățare. Performanțele lor școlare sunt mult mai scăzute decât ale copiilor abuzați fizic sau nemaltratați, mai ales în ceea ce privește cititul și matematica. Lipsa de stimulare intelectuală în mediul familial neglijent pare a avea efecte semnificative asupra limbajului, care este deficitar.

Delicvența juvenilă este adesea asociată cu abuzul asupra copilului și cu neglijarea. Este cunoscut faptul că există o incidență ridicată a abuzului și neglijării în cadrul populațiilor delincvente, precum și o incidență ridicată a delicvenței în rândul adolescenților maltratați.

Consecințele negative ale neglijării asupra dezvoltării copilului nu sunt inevitabile. Au fost identificați factori care fie diminuează, fie agravează efectele neglijării asupra copilului. Stabilitatea mediului familial constituie un factor pozitiv, diminuând efectele negative ale abuzului în timp ce multiplele plasamente, stresul cotidian și depresia părinților contribuie la agravarea consecințelor neglijării, acționând negativ asupra dezvoltării.



III. Specificul intervenției în cazul copilului abuzat

Intervenția eficientă în cazul copilului victimă a abuzului necesită timp, resurse umane și materiale pentru a putea răspunde atât nevoilor care generează situația în care copilul este abuzat, cât și consecințelor care apar, la nivelul tuturor celor implicați, și care se reflectă dramatic în procesul de dezvoltare a copilului. Formularea acestor nevoi și a resurselor necesare lor a impus familia în atenția specialiștilor și a condus la identificarea ei cu cel mai propice mediu de dezvoltare a copilului. În realitate, nu întotdeauna întâlnim familii foarte bune – dovadă fiind frecvența cazurilor de abuz a copilului atât în familie, cât și în instituțiile ce funcționează pe baza modelului familial (Muntean, 2001).

Consecințele maltratării ating toate laturile bio-psiho-socio-culturale ale ființei umane și reprezintă, în același timp, încălcarea drepturilor copilului. De aceea, în elaborarea strategiilor de intervenție trebuie să se țină seama de toate aspecte existențiale ale copilului victimizat: psihologice, sociale și culturale și, în același timp, să aibă un aspect corectiv pentru agresor și de reabilitare pentru familia sau instituția care a constituit mediul de producere a situației abuzive.

În funcție de serviciul la care se face semnalarea cazului de abuz se formează și echipa de intervenție. În general, echipa va fi alcătuită din medic, asistent social, psiholog, jurist, polițist. Fiecare membru al echipei are sarcini precis descrise. Persoana-cheie este asistentul social, căruia îi revin următoarele sarcini: asigură înregistrarea corectă a informațiilor rezultate din intervențiile membrilor echipei, referă cazul serviciului existent în comunitate, este persoana de legătură între membrii echipei, este persoana de contact pentru caz, organizează întâlnirile pentru discuțiile de caz, monitorizează cazul, inventariază nevoile și resursele existente la persoanele implicate, dar și cele oferite de comunitate etc.

Fiecare membru al echipei este reprezentantul unui serviciu, astfel încât funcționarea echipei multidisciplinare implică o intervenție la nivel inter-instituțional finalizată cu elaborarea planului de acțiune. Riscul major la care este supusă echipa și care, adesea, este neglijat datorită pledoariei făcute pentru intervenția inter-disciplinară, este de a fi abuzivă cu copilul maltreatat. Solicitarea copilului de către fiecare membru al echipei în vederea repetării relatării experienței traumatizante reprezintă o reiterare a abuzului și reactualizarea sentimentelor legate de traumă. În acest mod, copilul re trăiește evenimentul care i-a atenuat, blocat sau produs regres în dezvoltare. De aceea,

planul de intervenție și activitatea de caz elaborate de echipa interdisciplinară trebuie să aibă în vedere câteva principii:

- **Etica relației în echipă** – gestionarea informațiilor este mai grea atunci când ele sunt împărtășite unui grup – lipsa discreției este o traumă pentru copilul în situație de abuz –, iar discernământul actorului social în stabilirea circumstanțelor în care el va transmite și discuta datele despre cazul pe care îl are în grijă, reprezintă măsura profesionalismului și competenței sale și are trimitere la valori morale ca dreptul la intimitate, demnitate și respect al persoanelor implicate (Rosenzweig și Verdier, 1956; Palicari și Jourdan, 2001).
- **Confidențialitatea** este o cerință expresă pentru echipa în cadrul căreia se discută cazul. Munca în echipa interdisciplinară necesită orientarea spre negociere și consens, valorizarea fiecărei profesii, precum și respectarea locului și rolului fiecăruia în echipă. Încă de la începutul intervenției familia și copilul vor fi pregătiți asupra demersului de discutare a cazului în echipă explicându-li-se scopul și avantajele acestei proceduri.
- **Decizia** în echipă cere ca rivalitățile și orgoliile să fie depășite, iar în activitatea lor, profesioniștii sociali au nevoie să fie înțeleși, motivați și susținuți pentru a putea duce povara grea și plină de încercări emoționale reprezentată de situația de abuz asupra copilului (Ionescu, Ș., 2001).

III.1. Modele de intervenție

Maltratarea unui copil este în strânsă relație cu întreaga comunitate, care favorizează sau tolerează producerea fenomenului și se răsfârâ în spațiul cultural al acesteia.

Modelele de intervenție se referă la nivelurile sociale diferite pe care le țintește și pe care le implică (Killén, 1993, 1998):

- modelul campaniilor de sensibilizare la nivel comunitar și politic;
- modelul intervenției sociale în rețea;
- modelul lucrului pe caz (unitatea de intervenție este copilul-victimă, adultul-agresor și familia sau instituția care constituie mediul abuzator).

a) Modelul campaniilor de sensibilizare la nivel comunitar și politic

Campaniile de sensibilizare la nivel comunitar și politic influențează contextul socio-cultural al intervențiilor. Educația determină sensibilizarea și disponibilitatea comunității de a ajuta și reduce incidența abuzului prin sensibilizarea părinților privind responsabilitatea îngrijirii și acompanierii copilului în procesul de socializare.

Intervenția educativă extinsă poate fi transformată într-o campanie de *advocacy* pentru prevenirea abuzului. Obiectivele unei astfel de campanii pot fi:

- sensibilizarea comunității;
- multiplicarea serviciilor de caritate;
- crearea, funcționarea rețelelor sociale de sprijin;
- încurajarea voluntariatului (pentru persoane din familia lărgită sau din comunitate);
- inițiative în domeniul legislativ;
- apariția unor proiecte comunitare (Ionescu, 2001).

Pentru o intervenție bine planificată, cele trei modele, mai sus menționate, care implică, la rândul lor, diferite niveluri ale sistemului social se vor îmbina și completa reciproc. Kari Killén (1993), în lucrarea *Copilul maltratat*, afirma că „o intervenție eficace, centrată pe consolidarea suportului social de rețea, necesită implicarea profesioniștilor în vederea soluționării problemelor și a sprijinirii cu competență a familiilor”.

După Kempe (Spânu, 1998, p. 78), percepția la nivel comunitar a maltratării are o structură stadială. *Stadiul I* se caracterizează prin negarea faptului că ar exista maltratare fizică, psihică sau sexuală la un nivel semnificativ. Cazurile de maltratare vizibilă sunt atribuite fie părinților cu psihoze sau drogați, fie unor persoane străine care nu au nici o legătură cu comunitatea. În *stadiul al II-lea* comunitatea începe să acorde atenție formelor de maltratare (copii cu echimoze, fracturi), căutând mijloace pentru a face față mai eficient intenției adulților de a abuza fizic de copii. În *stadiul al III-lea* se acordă mai multă atenție sugarilor care nu prezintă o dezvoltare normală și care sunt maltratați. Sunt recunoscute unele forme de maltratare, de exemplu otrăvirea. În *stadiul al IV-lea* comunitatea recunoaște maltratarea emoțională, fizică, neglijarea precum și „găsirea de țap ispășitor”. În *stadiul al V-lea* comunitatea ia cunoștință de existența copilului maltratat sexual, iar în *stadiul al VI-lea* comunitatea garantează fiecărui copil un cămin decent, hrană, precum și îngrijirea preventivă și curativă de înaltă calitate.

b) Modelul intervenției sociale în rețea

Intervenția socială în rețea urmărește inițierea și funcționarea rețelelor sociale din jurul celor implicați în situații abuzive. Rețelele se alcătuiesc din profesioniștii implicați în intervenție, dar și din persoane exterioare sistemului de servicii (persoane din familie sau voluntari).

Rețelele și grupurile sociale au rol terapeutic, iar în anumite situații fiind chiar mai indicate decât orice altă formă de terapie. Dacă terapeutul nu urmărește abordarea părinților prin rețea, munca terapeutică cu aceste familii poate face să crească dependența lor de terapeut, iar acesta se va găsi în situația de a fi unica „rețea socială a familiei”, făcând astfel să sporească starea de neputință a familiei (Killén, 1993, 1998).

Construirea rețelei sociale în jurul cazului, presupune implicarea nu numai a serviciilor sau profesioniștilor, ci și a persoanelor din afara sistemului inter-instituțional (persoane din mediul de viață al copilului). Intervenția în rețea presupune o evaluare continuă realizată prin supervizare.

Analizând cazurile apărute în comunitate, nevoile și resursele disponibile, barierele care apar în intervenție, specialiștii care alcătuiesc aceste rețele au următoarele roluri:

- identificarea și inițierea verigilor absente din rețeaua serviciilor de intervenție;
- planificarea unei politici de îmbogățire a resurselor existente la nivelul comunității;
- chestionarea eficientă a cadrului legislativ existent (Muntean, 2001).

c) Modelul lucrului pe caz

Intervenția debutează prin înțelegerea situației traumatizante la care a fost suspus copilul, prin ajustarea comportamentului profesionistului la relația traumatizantă, și nu în ultimul rând prin înțelegerea comportamentelor compensatorii dezvoltate de copil.

Aceste comportamente pot fi (Killén, 1998):

- comportamente de supra-adaptare: super-copil (cei cu performanțe comportamentale apreciate de cei din jur), copii grijulii cu părinții (situație în care asistăm la inversarea rolurilor), copii pierduți-apatici (cuminți);
- comportamente disturbante: agresive, distructive, clovnerii, hiperchinetism.

Copilul abuzat sau neglijat dezvoltă un sindrom comportamental ușor de recunoscut, dar dificil de abordat terapeutic, deoarece „cu sindromul ne obișnuim să conviețuim” (Ionescu, Ș., 1999).

Capacitatea de a face față experiențelor neplăcute din copilărie își pune amprenta asupra adultului de mai târziu. Această capacitate de a depăși cu o oarecare ușurință o situație care pentru un alt copil are consecințe grave, este denumită *reziliență*. Copilul rezilient răspunde situațiilor de disconfort mai degrabă prin mecanisme de adaptare decât prin mecanisme defensive. Acest lucru creionează obiectivul intervenției și sugerează modalitatea eficientă de evaluare a succesului intervenției. Într-o intervenție sistemică, reziliența copilului este abordată în relație cu reziliența familiei sau a mediului de viață a copilului (Muntean, 2001, p.131)

Intervenția la nivel individual are drept scop restaurarea relațiilor umane prin recunoașterea și acceptarea persoanei considerate ca un întreg. Profesionistul nu își propune să rezolve problemele clientului său, ci să-l acompanieze în dezvoltarea propriei suferințe și în procesul de eliberare de această suferință. Scopul este de a sprijini clientul pentru a căpăta un plus de maturitate și a face astfel față, într-un mod

mai adecvat, problemelor pe care le întâmpină. Aceste considerații sunt valabile indiferent dacă clientul este copilul-victimă, părintele sau educatorul agresor sau familia, respectiv instituția în care se produce abuzul (Robert-Ouvray, 2000).

Planul de intervenție la nivel individual presupune procese educaționale, terapeutice și de consiliere, concentrate pe unitatea de intervenție (părinte, educator, copil, interacțiune părinte-copil sau educator-copil, familia sau instituția). Planul de intervenție se stabilește pe baza unei evaluări complete a tuturor factorilor implicați, a nevoilor și resurselor existente stabilindu-se, totodată, și obiectivele de intervenție pe termen scurt, mediu și lung.

De exemplu, dacă copilul are nevoie de îngrijiri medicale și este necesară scoaterea lui din mediul familial și internarea într-un spital de psihiatrie, planul de intervenție va cuprinde și următoarele momente: separarea copilului de părinți și protejarea lui, tratament de specialitate, planificarea unei întoarceri securizante acasă (terapia agresorului și a familiei), reinserția progresivă a copilului în mediul familial.

Etapă de caz	Activitatea	Rezultate
a) Semnalare/ Preluare	Colectarea informațiilor de la cel ce semnalează cazul	Informații complete și relevante de la cel ce raportează cazul și din surse colaterale.
	Analiza datelor	Determinarea preluării cazului. Determinarea urgenței investigației.
b) Investigare/ Evaluare inițială	Planul evaluării inițiale	Identificarea persoanelor ce vor fi intervievate și în ce ordine, ce profesioniști vor fi implicați.
	Colectarea datelor	Informații clare și precise obținute de la copil, familie, agresor, surse colaterale, rapoarte, evaluări și alte înregistrări.
	Analiza datelor	Determinarea validității sesizării. Determinarea riscului repetării agresiunii în viitor și elaborarea unui plan de siguranță pentru copil. Înregistrarea cazului sau închiderea lui.
Evaluarea copilului și a familiei	Colectarea datelor	Informații complete și precise legate de cauzele neglijării și abuzului și efectele asupra copilului.
	Analiza datelor	Identificarea schimbărilor necesare pentru a reduce sau elimina factorii de risc, tratamentul necesar copilului, nevoile familiei și prognosticul de schimbare. Consens cu familia. Raport de evaluare.

Etapa de caz	Activitatea	Rezultate
c) Intervenția	Dezvoltarea planului de intervenție cu familia	Identificarea sarcinilor, serviciilor, intervenției pentru atingerea scopurilor, limite de timp, responsabilități.
	Implementarea planului de servicii	Îndeplinirea sarcinilor și scopurilor, activităților care duc la reducerea sau eliminarea riscurilor și la tratarea/diminuarea efectelor acestora.
d) Evaluarea intervenției	Reevaluare	Continuarea/modificarea planului sau închiderea cazului.

a) Semnalarea abuzului

A semnala situația unui copil abuzat înseamnă deja a-l proteja. Pentru a găsi o soluție corespunzătoare în fața unei situații de risc și/ sau de abuz, trebuie ca aceasta să fie semnalată mai întâi serviciilor competente. În practică însă un număr semnificativ de cazuri nu sunt semnalate sau sunt semnalate prea târziu, atunci când consecințele asupra copilului sunt deja prea grave sau chiar ireversibile.

Factorii care sunt în relație cu semnalarea: factorii de tip legal; caracteristicile profesionistului (a. formația profesională – statistic, semnalează abuzul în primul rând medicii școlari, urmați de pediatri și generaliști; b. valorile morale); experiențele anterioare de semnalare; caracteristicile victimei – se semnalizează mai repede cazurile de abuz în care victime sunt copiii foarte mici; tipul de maltratare abuzul fizic grav și abuzul sexual sunt cel mai frecvent semnalate; caracteristicile maltratării – frecvența, gravitatea, actualitatea/ neactualitatea în media; relația dintre persoana care maltratează și copilul respectiv; gradul de dependență a copilului; calitatea probelor și indiciilor.

Semnalarea unui caz de abuz asupra copilului o poate face un membru al familiei, un vecin, un profesionist (medic, cadru didactic, asistent social etc.) către Serviciul Public Specializat de Protecție a Copilului, *Serviciul pentru Copilul Abuzat și Neglijat* ce asigură: măsurile de protecție, sesizarea organelor abilitate pentru a dispune măsuri de sancționare pentru părinții sau susținătorii legali care își abuzează copiii, consilierea psihologică, socială și juridică pentru fiecare caz prin abordare diferențiată, sprijinirea copiilor pentru a diminua efectele abuzului și neglijării, schimbarea mentalității privind exercitarea drepturilor și obligațiilor parentale, precum și a interacțiunii dintre părinți și copii etc.

b) Evaluarea

Evaluarea se raportează la noțiunea de risc, la pericolul pe care-l reprezintă o situație dată pentru copil. În acest sens, scopul evaluării este „aprecierea existenței vreunui pericol pentru copil și a gradului de pericolozitate a factorilor care pun în pericol dezvoltarea fizică sau/ și psihică sau chiar viața copilului” (Roth-Szamosközi , 2001, p. 53).

Cooper și Ball consideră că noțiunea de risc este potrivită nu numai descrierii specificului cazurilor de abuz asupra copilului, dar și caracterizării muncii asistenților sociali. Pe baza evaluării situațiilor copilului, ei își asumă riscuri incluse în mecanismul de luare a deciziei (Cooper, Ball, 1993, p. 76).

O bună activitate practică în favoarea copiilor pornește de la diagnosticarea factorilor relevanți implicați într-un caz dat. Valoarea ajutorului oferit unui copil depinde de calitatea investigației efectuate și de adecvarea diagnosticului⁷ la nevoile copilului.

Principiile generale ale evaluării situației copilului (Ionescu, Popa, Forestier, 1997) sunt :

- informațiile conținute în evaluarea situației copilului sunt confidențiale și trebuie tratate ca atare;
- evaluarea este un proces care se desfășoară într-o perioadă dată de timp – în consecință, ea nu are un caracter definitiv. Situația copilului aflat la un moment dat în dificultate trebuie evaluată în mod periodic; evaluarea privește ansamblul nevoilor copilului. Nevoile sale fizice, cele privind sănătatea sa, nevoile sociale, de afecțiune, respect, educație etc. trebuie privite întotdeauna din punctul de vedere al nivelului de dezvoltare al copilului și a perspectivelor sale de progres;
- evaluarea este un proces complex, în care pot fi implicați diverși specialiști, în funcție de specificul situației în care se găsește copilul și de nevoile sale;
- evaluarea impune utilizarea unui limbaj clar, a unor termeni precis definiți, cu scopul de a servi persoanelor de suport care însoțesc copilul în traseul său evolutiv; în procesul investigării se acordă o atenție deosebită analizei familiei copilului, nevoilor acesteia în vederea transformării ei într-un mediu favorabil dezvoltării copilului.

Evaluarea unui presupus abuz asupra copilului trebuie să se desfășoare într-o manieră ordonată, structurată pentru a obține cât mai multe informații și pentru a evalua riscurile și siguranța copilului. Este recomandabil ca asistentul social să-și pună în aplicare abilitățile de intervievare: să fie un bun ascultător, să rămână calm, dar vigilent, cu scopul de a-și forma o imagine cât mai clară asupra situației. De asemenea, este necesară menținerea unei atitudini neutre, de nejudicare a situației, caracterizată mai mult de încercarea de a fi empatici și de a înțelege circumstanțele care au condus la supoziția relelor tratamente. De preferat este ca membrii familiei să fie intervievați în următoarea ordine: copilul identificat, frații sau alți copii din cadrul familiei, adulții care nu sunt presupuși a fi comis abuzul, persoana care este presupusă a fi maltratat copilul, familia ca întreg. Toți membrii familiei trebuie intervievați individual pentru a se stabili o relație de încredere și pentru a mări acuratețea informațiilor obținute (Wiehe, 1996, pp. 121-129).

⁷ Diagnosticul are un aspect *nometic* (categoriile de reacții la traumele suferite) și *idiografic* (variabilele ce alcătuiesc tabloul clinic).

Fiecare întâlnire trebuie planificată și trebuie să se ia în considerare următoarele aspecte: locul în care se vor desfășura interviurile, durata, frecvența interviurilor și numărul persoanele care participă la fiecare interviu.

Intervievarea copilului identificat

Scopul interviului inițial cu copilul este de a obține informații privind abuzul, de a evalua siguranța imediată a copilului și de obține informații despre părinți și familie.

Informații pe care un manager de caz încearcă să le obțină de la copil sunt următoarele: ce s-a întâmplat, când, unde și cine a fost prezent; starea actuală a copilului; tipul, gravitatea și cronicitatea abuzului; efectele abuzului; caracteristicile copilului; programul zilnic al copilului; identitatea altor persoane care au informații despre starea copilului și despre situația familială; persoane care locuiesc împreună cu familia; relația copilului cu frații, familia extinsă și/ sau alte persoane semnificative; percepția copilului asupra relațiilor dintre membrii familiei; percepția copilului despre cum se rezolvă problemele familiale; sentimentele și relația copilului cu părinții și frații; comportamente sau sentimente neobișnuite sau nepotrivite; descrierea (observarea) vecinătății, resurse disponibile și gradul de violență.

*Interviul cu copilului*⁸ se poate realiza parcurgând următoarele etape:

• *Introducere*

- prezentarea și definirea rolului la nivelul de înțelegere al copilului;
- motivarea interviului folosind informațiile furnizate de copil sau elemente observabile pentru a stabili motivul pentru această întâlnire;
- stabilirea structurii interviului, explicându-i copilului cum va decurge întâlnirea și care este obiectivul.

• *Construirea relației*

- atragerea copilului cu scopul de a-l înțelege și de a-l implica în interviu;
- înțelegerea sentimentelor copilului legate de prezența asistentului social și de situația care i-a reunit;
- sprijinirea copilului de a se simți confortabil.

• *Evaluarea dezvoltării copilului*

- observarea copilului și a modului în care își coordonează mișcările și notarea oricărui indicator de întârziere în dezvoltare;
- evaluarea aptitudinilor sociale și de comunicare ale copilului și notarea oricărei devieri;
- evaluarea și înregistrarea stărilor afective ale copilului, atât deschiderea sa spre exprimarea sentimentelor, cât și reținerile observabile în timpul interviului.

⁸ Maniera de abordare a copilului este determinată de vârsta copilului și tipul abuzului suferit.

• *Stabilirea credibilității și autenticității. Determinarea modului prin care copilul înțelege:*

- locul și timpul, prin întrebări care să demonstreze că acesta face diferența între pe/ sub, înainte/ după;
- realitate și veridicitate, prin întrebări din care să reiasă că acesta face diferența între real/ iluzoriu, adevărat/ fals, cunoaște diferența dintre bine și rău.

• *Evaluarea familiei*

- Cine formează familia în accepțiunea copilului?
- Cum impun disciplina în cadrul familiei părinții sau adulții care au grijă de copii?
- Care sunt conduitele de viață ale familiei?

• *Obținerea informațiilor legate de abuz*

- evaluarea și înregistrarea oricăror informații legate de abuz;
- observarea și înregistrarea limbajului non-verbal al copilului.

• *Educație și securitate*

- discutarea cu copilul despre modul în care poate spune „nu” sau poate ieși dintr-o situație și poate vorbi cu cineva care-l poate proteja;
- determinarea semnalelor care atenționează copilul că trebuie să iasă din casă sau să fugă de agresor și unde se poate duce pentru a fi în siguranță;
- determinarea persoanei căreia copilul îi poate destăinui repetarea abuzului și încercarea de a implica acea persoană în dialog, astfel încât copilul să știe că i se poate adresa pentru a cere ajutor.

• *Încheiere*

- recapitularea a ceea ce a cuprins interviul (la trecerea în revistă a informațiilor furnizate de copil în legătură cu abuzul, oferirea unor informații eronate poate testa veridicitatea afirmațiilor sale);
- stimularea copilului să formuleze întrebări care îl preocupă, îngrijorări legate de abuz, de relația cu asistentul social;
- stabilirea următoarei întâlniri.

Intervievarea copiilor ridică următoarele probleme: vocabularul limitat al copiilor, specificul relației adult-copil și dificultatea copiilor de a înțelege situația de interviu.

În perioada ante-preșcolară (1-3 ani) copilul întâmpină dificultăți de înțelegere a limbajului deși cerința subiectivă a comunicării verbale este constituită la 16 luni. La vârsta de 1 an copilul poate pronunța circa 100 de cuvinte, alcătuind propoziții de 2-3 cuvinte. Este evident că în această fază nu se pune problema interviului pentru investigarea lumii subiective a copilului. Abia în perioada preșcolară (3-6 ani) datorită progresele în dezvoltarea comunicării verbale se încearcă realizarea unor interviuri. O dată cu perioada școlară (6-10/11 ani) când se „produce o schimbare de fond a întregii activități psihice are loc investigarea gândirii copilului de la contemplarea și înțelegerea

intuitivă a cazului, la logica regulii pe care o exprimă cazul, fenomenul și operarea în această concepție, fapt ce reprezintă o adevărată revoluție în actul de cunoaștere, o schimbare de structură a înțelegerii” (Șciopu, Verza, 1997, p. 173).

Dificultatea realizării interviurilor cu preșcolari și cu școlarii mici nu rezidă numai în vocabularul limitat al acestora, ci și în specificul relației adult-coil. Trebuie să se ia în considerare stadiile raporturilor dintre sexe, astfel, la vârsta de 7-12 ani băieții manifestă o aversiune față de fete de aceea este bine ca interviul să fie condus de o persoană de același sex, se recomandă crearea unei situații care să-i ajute să înțeleagă ce se așteaptă de la ei, de aceea, utilizarea jocului, a desenului este binevenită (Chelcea, 2001, p. 132)

Metodele de evaluare de tipul testelor proiective sunt adecvate în scop orientativ, dar nu suficiente pentru a face aprecieri de mare finețe și, de aceea, trebuie integrate în diagnosticul multidimensional.

Desenul liber sau tematic constituie o modalitate eficientă de evaluare a personalității în formare a copilului și a problemelor sale emoționale, precum și a relațiilor sale cu familia, a traumelor pe care, eventual, le-a suferit, a nivelului de anxietate, a capacităților și dificultăților sale de a se adapta la mediul social.

Mecanismul psihologic prin care conflicte inconștiente nerezolvate, probleme incomunicabile, atitudini și sentimente față de persoanele importante din viața sa, frustrări și anxietăți, blocaje și suferințe reprimite sunt dezvoltate îl constituie *proiecția*. Astfel, problemele ascunse, neconștientizate, reprimite sau negate, sunt exprimate într-o manieră simbolică, adesea transparentă. Personajele unei povești inventate de copil, dramatizate de el, prin jocul cu păpuși sau redată grafic, sunt investite cu semnificații, emoții, sentimente și gânduri pe care copilul le trăiește în legătură directă cu evenimentele vieții sale, cu relațiile sale cu familia și alte persoane semnificative din viața sa.

O altă metodă specifică în cazurile de evaluare a copiilor maltratați este cea a folosirii *păpușilor anatomice* (Lopez, 2001, p. 82)

Ele sunt deosebit de utile în cazurile copiilor cu vârsta cuprinsă între 5 și 7 ani, care au suferit abuzuri sexuale. Avantajul acestei metode este de a ajuta intervievatorul să clarifice părțile corpului denumite de copil cu nume care sunt adesea confuze. De asemenea folosirea acestor păpuși neacoperite de haine pot orienta atenția asupra atingerilor și durerilor copilului la nivelul diferitelor segmente ale corpului. Folosirea păpușilor anatomice facilitează rememorarea evenimentelor petrecute în mod real pe parcursul vieții copilului și nu stimulează fantezia lor sexuală.

Ele se recomandă a fi folosite după ce copilul a dezvoltat abuzul sexual, pentru a-l ajuta să reprezinte detalii dificile de exprimat verbal, ca de exemplu poziția sa în timpul abuzului. Uneori ele sunt folosite pentru a explora posibilitatea comiterii abuzului asupra copilului, prin adresarea unor întrebări de tipul: Cum numești această parte a corpului?/ S-a întâmplat vreodată să fii atins acolo?/ S-a întâmplat vreodată să-ți fi provocat cineva vreo durere în acea zonă?/ Cine a fost acea persoană?

Jocul liber al copilului este și un mijloc de observare a preocupărilor acestuia.

Evaluatorul poate intra în jocul copilului, prin construirea unor scenarii care reproduc activități cotidiene ca luarea mesei, baia, statul pe oliță, pregătirea pentru culcare etc. Copilul poate fi invitat să demonstreze prin jocul cu păpușile sau figurinele de animale cum sunt ele spălate de mama sau tata, cum și unde sunt culcate, când se trezesc și altele asemenea. Unii copii se arată înfricoșați în unele din aceste situații și proiectează pe seama figurinelor folosite propriile lor experiențe (nu lasă păpușile să doarmă, le pedepesc, le amenință cu pedepse pe care le-au trăit și ei).

Se va semna anxietatea, agresivitatea, frica sau evitarea exprimată de copil, dar jocul va demonstra existența abuzului numai atunci când copilul va face efectiv demonstrația relelor tratamente la care este supus.

În majoritatea cazurilor, jocul este un element esențial în efortul profesionistului de a câștiga încrederea copilului, iar elementele proiective care pot indica maltratarea copilului sunt puncte de pornire importante pentru relevarea circumstanțelor faptice ale situației de maltratare.

Intervievarea fraților

Scopul acestor interviuri este de a evalua nivelul de vulnerabilitate al fraților, de a culege informații despre natura și gravitatea abuzului și de a obține informații suplimentare cu privire la familie – informații utile în evaluarea riscului de abuz asupra copilului identificat și a fraților săi.

Exemple de informații pe care un manager de caz trebuie să le obțină de la frați: caracteristicile, comportamentele și sentimentele fraților; informații despre presupusul abuz; dacă au fost și ei abuzați și dacă da, cum, unde, când, cât de des și pentru cât timp; alte informații despre părinți (ex. sentimente și comportamente frecvente, probleme, măsuri disciplinare și relațiile părinților în afara căminului); alte informații despre funcționarea familiei, dinamica și caracteristicile ei; informații care nu au putut fi obținute de la copilul identificat sau confirmarea unor informații culese în timpul interviului inițial de la copilul identificat.

Intervievarea părintelui / îngrijitorului nonagresiv

Scopul acestui interviu este aflarea informațiilor pe care părintele le știe despre presupusul abuz, culegerea informațiilor legate de riscul abuzării și determinarea capacității părintelui de a proteja copilul (copiii), dacă va fi cazul.

Exemple de informații pe care un manager de caz ar trebui să le culegă de la părintele nonabuziv: descrierea presupusului abuz; sentimente privind abuzul și serviciile sociale; acceptarea versiunii copilului despre ceea ce s-ar fi întâmplat și cine este îngrijitorul responsabil de acest lucru; capacitatea de a proteja copilul și opinia sa privind vulnerabilitatea copiilor; sentimente, așteptări și perspective privind copilul identificat și frații săi; descrierea caracteristicilor, sentimentelor și comportamentele copiilor; metode de disciplinare și relația cu copiii; relația cu presupusul îngrijitor

abuziv, roluri în familie, funcționarea generală a familiei și nivele de comunicare și afecțiune; modul de rezolvare a problemelor, abilitatea de a înfrunta stresul, consumul de droguri și alcool și modul de a se vedea pe sine; istoricul copilăriei (amintiri pozitive și negative), istoria educațională, delikte, probleme de sănătate fizică sau mentală; situația financiară și alți factori cauzatori de stres; relațiile cu familia extinsă și climatul din vecinătate și comunitate.

Intervievarea presupusului abuzator

Scopul acestui interviu este de evaluare a reacțiilor presupusului abuzator la dezvăluirea abuzului și culegerea altor informații despre persoana sa și despre familie în legătură cu riscul și siguranța copilului.

Exemple de informații pe care un manager de caz trebuie să le obțină de la presupusul abuzator: modul în care descrie ceea ce s-a întâmplat în legătură cu orice presupus abuz; reacția sa la incident și față de serviciile sociale; starea sa emoțională actuală, mai ales privind posibilitatea de a răni pe viitor copilul; punctul său de vedere privind copilul și caracteristicile și situația copilului; relația sa cu copiii și cu alți membri ai familiei; descrierea sa privind rolurile și funcționarea familiei, metode de comunicare și nivelul de afectivitate; modul de a rezolva problemele, de a face față stresului; consumul de substanțe psihoactive; relațiile sale în afara familiei; descrierea familiei, inclusiv situația financiară și alți factori cauzatori de stres; permisiunea de a vedea copilul; disponibilitatea de a accepta ajutor.

Încheierea împreună cu părinții

După terminarea interviurilor, asistentul social trebuie să reunească familia pentru a rezuma informațiile obținute și impresiile, a urmări reacții individuale privind percepțiile și sentimentele, a arăta interesul față de familie și a oferi informații despre următorii pași, inclusiv dacă vor beneficia de asistență sau, dacă va fi nevoie de intervenția tribunalului, a demonstra apreciere pentru participarea la acest proces.

Evaluarea familiei după modelul sistemic se bazează pe interviul sistematic cu toți membrii familiei și urmărește, în primul rând, depistarea acelor atitudini dominante care pot conduce la vătămarea copilului, iar în al doilea rând evaluarea resurselor energetice, de suport intern sau extern ale familiei. Informațiile privind aceste domenii enumerate pot fi obținute atât prin formularea unor întrebări adresate direct persoanelor implicate în relații abuzive, cât și prin observarea directă a stilului lor parental.

Observația se referă la urmărirea receptivității părintelui la nevoile copilului, a disponibilității de a-i răspunde, la exprimarea atenției față de copil, crearea unei atitudini afectuoase, calde sau, dimpotrivă, a uneia reci, distante și eventual amenințătoare. La acestea se pot adăuga informații privind tonul și exprimarea facială în cadrul

comunicării, precum și atitudinile gestuale și corporale manifestate de părinte și răspunsurile copilului la aceste manifestări non-verbale menționate.

Responsabilitatea asistentului social este de a observa copilul identificat, frații, părinții, familia și mediul.

Scopul observației constă în identificarea naturii și structurii interacțiunilor care se stabilesc între membrii familiei. Utilizarea unui ghid de observație, ca și în cazul interviului, reprezintă o necesitate pentru o abordare coerentă, logică și organizată a dinamicii familiei.

Competențele familiei sunt evaluate, din punct de vedere sistemic, și în funcție de modul în care familia funcționează în prezent raportat la evoluția sa anterioară. Genograma și harta eco sunt alte două tehnici ce pot oferi informații în acest sens.

Genograma sau arborele familial descrie tipurile de relații și evenimentele care s-au desfășurat de-a lungul generațiilor. Nașterea, decesele, divorțurile, crizele și alte evenimente semnificative de viață pot fi înregistrate pe scurt. O prezentare de caz poate fi condensată în câteva pagini. Genograma se completează de către asistentul social împreună cu familia și ajută la dezvăluirea regulilor nescrise ale familiei, secretelor, tabuurilor. Citirea unei genograme pe mai multe generații poate conduce la sesizarea anumitor evenimente care se repetă în familia respectivă cu o anumită frecvență (creșterea copilului de către mame singure, abuzul fizic, divorțul etc.). Genograma este un instrument utilizat în înțelegerea dinamicii familiilor și caracteristica sa principală constă în descrierea relațiilor inter-generaționale într-o familie; utilizarea unor coduri a căror descifrare este menționată într-o legendă ajută la exprimarea schematică a relațiilor inter-generaționale cu relevanță pentru istoricul social.

Pentru realizarea genogramelor, asistentul social trebuie să stabilească raporturi autentice de comunicare cu membrii familiei, ceea ce conduce la diminuarea treptată a semnificației miturilor și tabuurilor aduse de generațiile trecute care pot crea obstacole în rezolvarea problemelor. Observația, ca și ascultarea activă sunt metode prin care asistentul social contribuie la sprijinirea familiei realizând o proiectare grafică a relațiilor din interiorul familiei sau a raporturilor familie ca sistem cu alte sisteme, coordonând astfel procesul de schimbare în cadrul familiei.

Harta eco – precizează locul unei persoane sau a familiei sale în contextul social.

Pentru formarea unei imagini mai clare asupra mediului familial se mai pot utiliza, de către profesioniștii din echipa interdisciplinară, teste și scale ca de exemplu: Inventarul de simptome indicatoare ale abuzului, Scara coeficientului de stres parental, Inventarul riscului de violență sexuală, Inventarul de simptome indicatoare ale traumei la copii, Scara pentru depistarea abuzului și traumei etc. (a se citi bibliografia recomandată).

c) *Intervenția*

Intervenția în cazul abuzului asupra copilului este una sistemică, copilul fiind parte a sistemului familial, accentul punându-se pe modificarea relațiilor copilului cu ceilalți membri ai sistemului. Intervenția se concentrează pe următoarele două direcții: *juridic* (stabilirea unei măsuri de protecție a copilului și stabilirea unei măsuri corective pentru abuzator) și *recuperator*⁹ (centrată pe copil, pe abuzator, pe familie).

Rezultatul optim în cazul copiilor supuși unor rele tratamente de către proprii părinți ar fi ca, după intervenția în familie, aceasta să rămână intactă și copilul să poată trăi în siguranță, cu un bun suport emoțional, în cadrul propriei familii. Aceasta depinde însă de o serie de factori care privesc: părintele abuzator (gravitatea abuzului comis, măsura în care părintele acceptă responsabilitatea faptelor comise, numărul și severitatea celorlalte eventuale probleme ale sale – alcoolism, comportament violent, boală psihică, deficiență mentală); părintele care nu a comis abuzul (modul de reacție în urma descoperirii comiterii abuzului asupra copilului, calitatea relației sale cu victima, dependența sa de persoana care a comis abuzul, numărul și severitatea celorlalte eventuale probleme ale sale – alcoolism, comportament violent, boală psihică, deficiență mentală).

Pe baza analizei se pot desprinde următoarele tipuri de decizie: familia rămâne intactă, separarea membrului abuzator de familie, copilul este plasat temporar în afara familiei, îndepărtarea copilului în mod permanent din familie.

⁹ Terapia este arta și știința care ajută copiii să-și înțeleagă sentimentele, gândurile și comportamentul, să învețe să-și controleze acest comportament și să-și îmbunătățească interacțiunile cu ceilalți. Este o artă deoarece necesită creativitate, intuiție și spontaneitate din partea terapeutului și este o știință pentru că terapia copiilor abuzați și neglijăți se bazează pe teorie, cercetare și studii clinice.

- *Terapie individuală* – de obicei, este prima introducere a copilului în tratament. Este o oportunitate a copilului de a interacționa cu un adult și de a dezvolta o relație care constituie un model pentru relațiile adult/ copil. Scopul terapiei individuale este înțelegerea și integrarea acelor experiențe care afectează dezvoltarea, interacțiunea și siguranța. Terapia individuală este utilă în sprijinirea dezvoltării abuzului/ neglijării, ajutând copilul să identifice probleme legate de experiența lor și să rezolve probleme interpersonale.
- *Terapie de grup* este utilă în mod special pentru diminuarea izolării, îmbunătățirea abilităților sociale, monitorizarea și intervenția în cazul modelelor de comportament problematice. Beneficiile adiționale ale terapiei de grup includ: normalizarea experienței prin ascultarea sentimentelor similare și reacțiile victimelor în caz de abuz, dezvoltarea tehnicilor de socializare, stabilirea sentimentului de apartenență.
- *Terapie familială* este cea mai utilă atunci când familia este dispusă și capabilă de a vedea abuzul sau neglijarea ca o problemă a tuturor membrilor familiei. Terapia familială este o oportunitate de a explora roluri și relații, de a ajuta membrii familiei să recunoască impactul pe care îl au comportamentele lor asupra fiecăruia dintre ei și mărește coeziunea familială. Se poate facilita astfel rezolvarea problemelor și se poate îmbunătăți comunicarea între membri.

	Făptuitor		
		Informații pozitive	Informații negative
Membrul familiei care oferă suport	Informații pozitive	<i>Tipul I</i> Planificarea reunificării familiei Obiective: - reducerea la minimum a riscului repetării abuzului de către făptuitor, prin îndepărtarea acestuia de lângă copil și acordarea unei terapii individuale; - terapie individuală pentru copilul abuzat; - terapie individuală cu părintele care oferă suport copilului; - terapia cuplului: persoana făptuitoare - persoana care oferă suport; - reunirea familiei și continuarea terapiei familiale.	<i>Tipul II</i> Separarea membrului abuzator de familie Obiective: - terapie individuală pentru copilul abuzat; - terapie individuală cu părintele care oferă suport copilului; - terapie individuală cu părintele făptuitor.
	Informații negative	<i>Tipul III</i> Copilul este plasat temporar în afara familiei Obiective: - terapie individuală pentru copil - suport pentru trauma suferită și pentru separarea de părinți; - terapie individuală pentru ambii părinți; reabilitarea părintelui care nu a comis abuzuri va permite revenirea copilului în familia proprie și reevaluarea situației; - terapia cuplului; - terapia familiei; - reunificarea graduală a familiei.	<i>Tipul IV</i> Îndepărtarea copilului în mod permanent din familie Obiective: - decăderea din drepturile părintești; - terapie individuală a copilului; - terapie pentru părinții substituiți.

Matricea deciziilor strategice în cazul copiilor abuzați,

Roth-Szamosközi, 1998, pp. 208-210, *apud* Coulborn-Faller, 1993.

Măsura de intervenție cea mai des folosită constă în scoaterea copilului din mediul abuziv și plasarea temporară a acestuia în afara familiei. Măsura este uneori

traumatizantă pentru copil, acesta trăind dilema celui abuzat, dar și a celui îndepărtat din familie.

Plasamentul – constă în încredințarea copilului unei persoane, unei familii, alta decât cea biologică sau unei instituții specializate. Familie poate fi compusă din membrii familiei lărgite sau din membrii comunității locale care își asumă responsabilitatea creșterii și educării copilului. Hotărârea de plasament este luată de Comisia pentru Protecție a Drepturilor Copilului (a se vedea legislația recomandată).

Criterii care stau la baza deciziei de plasament: gravitatea abuzului și pericolul iminent la care este supus copilul (de exemplu, rele tratamente aplicate minorului, neglijare fizică, medicală, abandon, copii cu fracturi multiple, dependența mamei de substanțe psihoactive etc.); vârsta și deficiența copilului – copiii sub trei ani și copiii cu handicap fizic sau mental sunt foarte vulnerabili.

Deoarece separarea de familia naturală, chiar și pentru o perioadă scurtă de timp, are unele efecte negative în ceea ce privește atașamentul, conducând la fragilizarea atașamentului dintre părintele natural și copil sau la formarea unui atașament anxios, este necesară evaluarea foarte atentă a situației familiale și a modului în care sunt satisfăcute nevoile copilului. În acest proces trebuie urmărite următoarele elemente: *relația copil – părinte*: efectele distrugerii unui atașament solid creat între copil și părinte pot fi mai mult negative decât pozitive; *istoria maltratării*: identificarea *incidenței* (numărul de cazuri noi semnalate într-o anumită perioadă de timp) și a *prevalenței* (numărul total de cazuri – atât cele noi, cât și cele vechi – care oferă o imagine mai clară a fenomenului la nivelul comunității); *capacitatea părinților de a satisface nevoile de bază ale copilului*: se va realiza în special evaluarea părinților cu deficiențe fizice sau mentale și a părinților care sunt dependenți de alcool sau drog; *disponibilitatea părinților de a oferi ajutor suplimentar*: se va urmări cine stă cu copilul în timpul cât părinții sunt la serviciu sau după ce copilul vine de la școală.

În timpul plasamentului copilului este necesară desfășurarea unui plan de intervenție destinat îmbunătățirii relației copil-părinte după reîntoarcerea copilului în familia naturală. Acest plan trebuie să cuprindă: durata plasamentului; achizițiile părinților în această perioadă; acțiunile specifice cu părinții naturali, cu părinții de plasament, în scopul pregătirii copilului pentru reîntoarcerea sa în familie; în tot acest timp, familia naturală va fi monitorizată, evaluându-se gradul de progres. Sprijinirea familiilor de plasament în îngrijirea copiilor abuzați sau neglijăți, după se bazează pe următoarele principii¹⁰: un copil ar putea avea nevoie de o familie substitut oferită de serviciile sociale, atunci când nici părinții naturali, nici familia extinsă nu pot satisface nevoile de dezvoltare ale copilului; familia de plasament trebuie să fie o familie sigură, stabilă și protectoare; atenția familiei de plasament trebuie concentrată asupra satisfacerii nevoilor imediate ale copilului, sprijinind evoluția familiei naturale a copilului și reîntoar-

¹⁰ *Substitute Care Providers: Helping Abused and Neglect Children*, manual al Centrului Național pentru copilul abuzat și neglijat, SUA, 1993, p. 6

cerea copilului în această familie atunci când va fi posibil; datorită faptului că familia de plasament devine parte a familiei extinse a copilului, aceasta trebuie să negocieze relațiile care sprijină părinții naturali și scopurile plasamentului; fiecare familie este diferită – mutarea într-o altă familie constituie întotdeauna un șoc cultural pentru copil; asemănările etnice și culturale, cât și relațiile continue dintre familii fac mai ușoare schimbările atât pentru copil, cât și pentru familie; fiecare copil are dreptul să primească îngrijire și servicii adecvate și are dreptul de a fi pregătit pentru autonomie și pentru o viață independentă.

Separarea de părinți și atașamentul față de familia de plasament

În ciuda faptului că se încearcă o îmbunătățire a situației copilului, unii părinți nu sunt capabili să le asigure o îngrijire corespunzătoare. În aceste situații, trebuie să se asigure un alt mediu de îngrijire. Atunci când se crede că părinții vor fi în stare în curând să asigure copilului îngrijirea corespunzătoare, sunt necesare scurte plasamente. De asemenea, copiii sunt plasați temporar și în instituții de îngrijire a copilului pe timpul unei perioade de evaluare sau de pregătire pentru plasarea în familia substitut. Aceste plasamente presupun separări care au ca rezultat manifestarea, mai mult sau mai puțin intensă, a sentimentelor de disperare, durere, anxietate și furie. Împrejurările separării pot avea consecințe mai grave asupra dezvoltării copilului decât separarea propriu-zisă.

Există tendința de a crede că întotdeauna există un atașament de care trebuie ținut cont. Calitatea atașamentului este legată și de capacitatea pe care au avut-o părinții de a se angaja în relația cu copilul, calitate ce trebuie evaluată. Dacă copilul este mic și atașamentul slab, iar evaluarea specializată concluzionează că întoarcerea la părinți nu este recomandabilă, este mult mai importantă facilitarea stabilirii unui atașament sigur față de părinții de plasament. Aceștia devin mai apoi părinți psihologici ai copilului. Aceasta nu înseamnă că nu este important pentru copil să știe de unde vine și de ce a ajuns acolo unde este.

Este important să fim sensibili la ceea ce copilul transmite despre nevoia contactului cu părinții săi și celelalte persoane din rețeaua anterioară. Cât de extins va fi contactul și cum se va desfășura, depinde de o serie de factori: necesitățile copilului legate de vârstă, calitatea atașamentului față de părinți, capacitatea părinților de a-și îndeplini sarcinile, dacă este bine pentru copil să se întoarcă acasă și limitele pe care părinții de plasament trebuie să le fixeze. Planificarea contactelor trebuie să se facă în funcție de nevoile și interesele copilului. Contactul este important pentru continuitate, pentru copil și pentru păstrarea atașamentului.

Munca cu copilul care trece prin procesul de separare de părinți și angajare în relația cu noii săi ocrotitori.

În această perioadă este foarte importantă munca asistentului social cu copilul care trece printr-o situație de criză. Ajutorul pe care copilul îl primește în această perioadă nesigură pentru el are consecințe considerabile asupra dezvoltării sale viitoare.

Durerea și disperarea au fost parte a vieții de zi cu zi a acestor copii, mult timp înainte de a fi plasați. Mulți și-au construit un zid de apatie pentru a se proteja, deoarece disperarea și durerea nu puteau fi suportate. Alții și-au exteriorizat durerea sub forma agresiunii și a comportamentului distructiv.

Este foarte importantă pregătirea copilului pentru situațiile noi deoarece nu este ușor pentru copil să-și imagineze ceva prin care nu a mai trecut. De obicei, copilul se așteaptă să întâlnească situații cunoscute până atunci sau își va imagina o situație ireală, de cele mai multe ori mai gravă decât este în realitate. Copilul trebuie ajutat să-și evalueze corect noile situații.

Comunicarea deciziei cu privire la plasament – acest lucru nu trebuie adus la cunoștința copilului de către părinți. Aceștia, de multe ori fiind într-o criză, vor comunica această hotărâre din punctul lor de vedere, într-un mod în care ei apar într-o lumină favorabilă. Ei pot nega realitățile și pot promite copilului alte soluții, prin aceasta ei accentuând anxietatea și vinovăția copilului.

Recunoașterea sentimentelor legate de separare – atunci când copilului i se spune hotărârea în legătură cu părinții, el trebuie ajutat să-și exprime sentimentele în legătură cu acest lucru. Este important ca la întrebările puse de copil, fie ele verbale sau exprimate indirect prin joc, să se răspundă cu sinceritate.

Reducerea sentimentelor de vinovăție și responsabilitate ale copiilor – copiii se simt adesea vinovați de ceea ce se întâmplă, iar de cele mai multe ori reacțiile părinților sunt cele care îi induc copilului asemenea sentimente. Copilul poate fi ajutat printr-o poveste care îi ilustrează situația sau prin joc. De exemplu, „Micul ursuleț va fi plasat într-o casă, iar el este supărat pe el însuși și crede că este vinovat de acest lucru. Mama lui spune că nimeni nu este vinovat. Lucrurile au luat această întorsătură deoarece ea nu a învățat niciodată să-l îngrijească bine și acum ea dorea ca el să meargă la această casă pentru ca acolo să primească o îngrijire bună și să fie din nou fericit”. Aceste comunicări trebuie repetate în diferite moduri, cu speranța că mai devreme sau mai târziu copilul va fi capabil să integreze mesajul în percepția pe care o are despre sine și despre situație.

Pregătirea copilului pentru întâlnirea cu familia de plasament – înainte de vizita copilului la noii săi ocrotitori este important pentru copil ca el să-i întâlnească pe teritoriul său. Aceste vizite și întâlniri dau copilului o bază pentru griji și speranțe în același timp. Copilul trebuie ajutat să-și exprime sentimentele și gândurile, pentru ca situația să fie explicată. În cazul bebelușilor și al copiilor mici, cooperarea practică dintre părinți și viitorii ocrotitori poate asigura posibilități pentru o tranziție constructivă. Atunci când se încearcă implicarea părinților cât mai mult în plasament, se încearcă convingerea copilului că părinții sunt de acord ca el să locuiască cu părinții de plasament.

Clarificarea rolului părintelui de plasament – clarificarea acestui rol începe în timpul evaluării, când asistentul social împreună cu părinții de plasament, încearcă să

evalueze posibilitățile lor, resursele și limitele legate de rol. Anticiparea viitorului rol este importantă. Există trei funcții atașate rolului de părinte de plasament: funcția educatorului și îngrijitorului, funcția de părinte de rezervă, funcția coechipierului.

Unii autori cred că o importantă parte din obligațiile acestor părinți constă în ajutorul acordat copilului pentru a depăși momentele trăite înainte de mutarea sa în familia de plasament. Copiii aflați în plasament au nevoie de ajutor pentru a face față tristeții datorate separării de familia și rețeaua lor socială.

Înțelegerea comportamentului și nevoilor copilului – un copil care a fost abuzat și neglijat, deseori recrează situații similare și reacții copil-părinte de tipul celor pe care le-a mai trăit. O importantă funcție a părinților profesioniști este să ofere copilului o experiență nouă în care să nu i se confirme copilului experiențele lui anterioare. Acest lucru necesită implicarea totală a părinților profesioniști, care trebuie să înțeleagă trecutul în urma căruia copilul are un astfel de comportament, pentru a fi capabili să relaționeze cu el fără să-i confirme așteptările negative. Adesea copilul va regresa. Acest proces se poate petrece după o perioadă de „lună de miere”. Părinții profesioniști au nevoie de ajutor pentru înțelegerea acestui proces. Mulți părinți de plasament au avut de a face cu anumiți copii care la început s-au adaptat bine, dar după un timp au devenit dificili și i-au făcut să treacă prin încercări grele. Aspectul negativ al ambivalenței poate fi exprimat prin agresiune și respingere sau depresia copilului.

Părinții de plasament trebuie să fie capabili să ajute copilul să se pregătească pentru vizitele părinților lui și, de asemenea, ei trebuie să ajute copilul și după vizite, atunci când copilul își exprimă sentimentele sau în cazurile în care părinții nu-și respectă promisiunea de a-l vizita (Killén, 1998, pp. 419-433).

d) Evaluarea finală

Variatatea tipurilor de intervenție utilizate în protecția copilului implică raportarea rezultatelor la criterii foarte diferite, adaptate caracteristicilor clientului și specificului muncii.

Evaluarea este un proces complex, menit să contribuie la îmbunătățirea practicii. Pentru ca evaluarea să poată fi considerată eficientă, ea trebuie planificată de la începutul intervenției. Deci, proiectul unei intervenții va trebui să cuprindă indicatorii evaluării, indicatori măsurabili care să indice schimbarea.

De exemplu, în evaluarea eficienței plasamentului unui copil abuzat ținem seama de următoarele: s-a respectat durata stabilită inițial, în familia naturală s-au eliminat / s-au minimalizat cauzele care au condus la măsura plasării copilului în afara familiei, s-au atins obiectivele de intervenție în favoarea copilului – evaluate la niveluri diferite: sănătate, educație, relații interpersonale, dezvoltare emoțională, creșterea stimei de sine, reducerea nivelului de stres etc.

IV. Prevenirea abuzului

Cercetările efectuate până acum în acest domeniu încadrează modalitățile de prevenție a copilului abuzat pe trei paliere: *primar* (acționează în contextul social și se referă la implementarea prin politici sociale a programelor de prevenție a individului și grupului), *secundar* (constă în elaborarea de programe și oferirea de servicii ținute asupra individului sau grupului care a fost abuzat), *terțiar* (are ca scop eliminarea, pe cât posibil, a efectelor negative ale abuzului și prevenirea recidivei). Printre obiectivele procesului de prevenire putem menționa: participarea tuturor profesioniștilor din domeniul protecției copilului la prevenirea maltratării, prin educarea copiilor și a adolescenților, sprijinirea familiilor, cunoașterea și transmiterea către comunitate a legislației de protecție a copilului din România, care face posibilă o strategie de prevenire și depistare a situațiilor de risc.

Prevenirea – condiție esențială a unei acțiuni eficiente

Varietatea cauzelor maltratării, importanța factorilor psihologici și sociali, fac ca prevenirea abuzurilor și neglijențelor să fie complexă și multiformă. În plus, aceasta este greu de evaluat dacă ținem cont de incertitudinea actuală privind cifrele reale legate de maltratare și de timpul lung necesar observării rezultatelor.

Totuși, există o dorință evidentă din partea tuturor profesioniștilor interesați de a eradica acest flagel al societății printr-o prevenție eficientă. Această dorință este declarată de către numeroase acte internaționale, cum este Convenția Drepturilor Copilului, integrată și de legislația multor țări, care conturează maltratarea ca o problemă a întregii societăți și nu ca o acumulare de fapte punctuale. Aceasta creează cadrul pentru exercitarea dreptului copilului de a fi respectat, adică dreptul la demnitate. Legea vizează prevenirea sistematică a situațiilor de maltratare prin crearea unei rețele naționale de protecție: coordonarea acțiunilor printr-o mai bună articulare între autoritatea administrativă și autoritatea juridică; instituționalizarea formării pe scară



largă pentru profesioniștii din sectorul public și privat abilitat; cooperarea cu ONG-urile; crearea unui dispozitiv departamental de culegere a semnalărilor; crearea unui serviciu național telefonic 24h/24h (hot-line) teritorial.

Acest serviciu național telefonic va putea să permită alături de alte acțiuni elaborarea unui studiu anual de evaluare a prevalenței fenomenului de abuz, care să conducă la ajustarea strategiilor și, totodată, la alcătuirea unor sinteze prezentate periodic

a) Prevenirea primară

Măsurile de prevenție primară se adresează populației în totalitatea ei. Ameliorarea condițiilor de locuit, a condițiilor de muncă contribuie, în mod general, la reducerea situațiilor de criză familială, situații creatoare de situații de maltratare, precum și la prevenirea abandonului și instituționalizării.

Specifice sunt măsurile care participă la protecția mamei și copilului: educație pentru dezvoltarea parentalității, a relațiilor afective mamă-copil încă din perioada prenatală, în cadrul centrelor de planificare familială, a centrelor de sănătate, ONG-urile care se ocupă de educația adolescenților și părinților; ajutor la domiciliu – asistență de pediatrie etc.; îmbunătățirea calității îngrijirilor acordate copiilor din centrele de plasament, alte unități de ocrotire medico-sociale, spitale/secții de pediatrie; creșterea calității serviciilor acordate în creșe și de către asistenții maternali, pregătirea temeinică a acestora înainte de a lua copilul în plasament; dezvoltarea și înființarea unor noi așezăminte pentru femeile gravide și tinerele mame izolate sau în dificultate, care să funcționeze după standarde de calitate convenabile integrării lor sociale ulterioare și care să creeze condiții pentru prevenirea abandonului; maternitățile reprezintă un loc privilegiat pentru prevenția primară, favorizând încă înainte de naștere stabilirea unor relații afective pozitive între părinți – în special mamă și nou-născut. Tot aici, în același scop, pot fi organizate, pentru gravidele cu risc, programe de educație care să prevină și/sau să atenueze interacțiunile dizarmonice mamă-copil. Maternitatea poate, de asemenea, să fie un catalizator în realizarea rețelelor de susținere/ suport social.

Prevenirea abuzurilor sexuale se realizează și prin combinarea unor acțiuni diverse: educare reală a opiniei publice prin difuzarea de filme și prin difuzarea unei broșuri/pliant destinată familiilor; programe destinate copiilor care sunt învățați să-și facă respectat corpul atunci când sunt acostați de un potențial agresor; formare inițială și continuă a tuturor profesioniștilor care se ocupă de copii; rolul școlii este în acest caz preponderent. Fără îndoială, ar trebui să se conceapă pe viitor programe de educație pentru viață, care să se adreseze copiilor și adolescenților, care să facă în același timp educație pentru rolul de viitori părinți și educație sexuală.

b) Prevenirea secundară

Prevenția secundară este legată în mod mai direct de domeniul medico-social. Aceasta cere realizarea unor intervenții eficiente, pe cât posibil chiar înainte de apariția situației de recurență a maltratării. Se preconizează, date fiind rezultatele mult mai bune obținute prin această practică, ca acțiunile de prevenire să fie orientate către perioada sarcinii și cea neo-natală, la familiile cu risc și/sau în dificultate. Se acordă atenție tuturor situațiilor particulare, evocatoare de maltratare.

Prevenția secundară include, de asemenea, o serie de inițiative reușite care se pun în prezent în practică progresiv sub impulsul ONG-urilor și a Direcțiilor de Protecție a Copilului: servicii de sprijin telefonic, locuri de întâlnire și informare pentru părinți, centre de primire a mamelor maltratate, etc.

c) Prevenirea terțiară

La limita dintre prevenire și terapie se situează acțiunile al căror obiectiv îl constituie evitarea recidivei situației de maltratare și, mai ales, de limitare a apariției sechelelor. Acțiunile de prevenire nu-l vizează numai pe copilul victimă a violenței, ci și pe frații și surorile lui.

Prevenirea la nivel terțiar a abuzului înseamnă că prin acțiuni bine conduse, cei care au fost abuzați să nu devină la rândul lor agresori și să perpetueze ciclul transmiterii transgeneraționale.

Un astfel de model este cel al folosirea *familiei de sprijin*, a părinților voluntari ca strategie complementară ce permite prelungirea intervenției realizate de profesioniști. Membrii familiei de sprijin pot oferi sfaturi, susținere și acompaniere în viața cotidiană mai ales pentru că se găsesc în afara circuitelor obișnuite de intervenție (centre de protecție a copilului, justiție, servicii sociale).

Familiile de sprijin – sunt acele persoane sau familii care au fost special selectate, pregătite și evaluate în scopul ocrotirii copiilor. Familiile de sprijin trebuie: să ofere copiilor ocrotire, afecțiune, încredere și siguranță; să ofere educație și îngrijire, prin experiența vieții de familie, pentru copiii a căror părinți se află în imposibilitate, temporară sau pe termen lung, de a face acest lucru; să ofere sprijin copiilor pentru a depăși experiența traumatizantă a separării, a pierderii sau experiența negativă a instituționalizării; să ajute copilul să depășească posibilele dificultăți emoționale și de comportament; să pregătească copilul pentru reintegrare, adopție sau pentru viața independentă; să încurajeze menținerea legăturilor copilului cu familia naturală și să colaboreze cu aceasta în stabilirea planurilor legate de copil (cu excepția cazului în care acest lucru este cu totul contraindicat).

Rolul familiei de sprijin este de a consolida factorii de protecție ai fiecărui membru al familiei țintă pentru a le reda speranța.

Pentru părinții din familia țintă, efectele acestui tip de prevenție terțiară sunt: sentimentul de control asupra educației propriilor copii, însușirea unui rol valorizant de părinte, reducerea crizelor familiale, folosirea unor strategii mai bune de rezolvare a problemelor, apariția momentelor de complicitate cu copiii și îmbunătățirea calității vieții de familie.

Pentru copiii din familia țintă, prezența familiei de sprijin le permite să trăiască într-un mediu familial mai sănătos, să învețe să împărtășească momente agreabile cu părinții, să capete stimă de sine, să-și însușească strategii mai bune de adaptare etc.

Ca limită a modelului ar putea fi amintit faptul că neprofesioniștii se substituie profesioniștilor fără a integra întotdeauna acțiunile lor într-un plan de intervenție.



MANAGEMENTUL ȘI EVALUAREA PROGRAMELOR DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Conf. dr. Ștefan COJOCARU

CUPRINS

Introducere

- I. Forme de proiectare socială**
- II. Tipuri de intervenție socială**
- III. Condiții pentru realizarea schimbării**
- IV. Rezolvarea problemelor sociale prin intermediul proiectelor de intervenție**
- V. Elementele proiectelor de intervenție**

Anexa

Metodologia elaborării proiectelor de intervenție

Evaluarea formativă și cea sumativă

Evaluarea programelor sociale constituie un domeniu care s-a dezvoltat în ultimele decenii și care atrage un număr însemnat de cercetători pentru consolidarea corpus-ului de modele, teorii, metode de cercetare și tehnici de culegere a datelor utilizate pentru realizarea unor cercetări de tip evaluativ; mai mult decât atât, fondurile alocate proiectelor de intervenție prevăd și costurile necesare evaluării și monitorizării programelor, pentru identificarea celor mai bune practici și măsurarea succesului acestora. Ciclul de viață al unui program cuprinde inclusiv evaluarea, ca etapă principală, alături de inițiere, proiectare, implementare și monitorizare, și aceasta se poate realiza prin raportare la elementele semnificative ale programului (Cojocaru, 2006, pp.115-164): scopuri, obiective și indicatori, activități, resurse existente și potențiale, beneficiari, metodologie de intervenție, rezultate așteptate, monitorizare și evaluare; astfel, putem realiza evaluarea la fiecare nivel al acestor elemente, în funcție de nevoile identificate de implementator sau de cerințele finanțatorilor. De aceea, putem vorbi de evaluarea gradului de atingere a obiectivelor, de evaluarea procesului de oferire a serviciilor, de evaluarea modului de utilizare a resurselor, de evaluarea eficacității și a eficienței programului, de evaluarea progresului, de evaluarea impactului programului și, nu în ultimul rând, de evaluarea evaluării. Depășind confuziile care există la nivelul utilizării termenilor de proiect și program (Cojocaru, 2006, pp. 73-98), considerăm că *evaluarea proiectelor* reprezintă procesul de apreciere a propunerilor de finanțare, inițiat de către finanțatori și care are ca scop selectarea proiectelor care satisfac cerințele acestora și care în urma acestui proces vor primi fonduri necesare derulării programelor. Metodologiile de evaluare a proiectelor sunt diverse în funcție de cerințele fiecărui finanțator în parte, dar atunci când selectarea se face în urma unei competiții, rezultatul evaluării se prezintă ca o formă de cuantificare a calității, valorii și importanței proiectelor, prin atribuirea unor scoruri de către evaluatori prin care sunt departajate propunerile primite. Pe de altă parte, *evaluarea programelor* este un proces de măsurare, analiză, interpretare și verificare a modurilor în care sunt puse în practică proiectele finanțate, de identificare a punctelor tari și a celor slabe, precum și de apreciere a calității serviciilor oferite beneficiarilor.

Evaluarea programelor, indiferent de forma și perioada în care se realizează pe parcursul derulării activităților “determină valoarea unui anumit program care face obiectul unei analize” (Krogsrud Miley, O’Melia și DuBois, 2004/2006, p. 470). Cele mai semnificative sensuri ale evaluării sunt date de unele definiții care pun în relație atât scopurile, utilitatea și rezultatele acesteia cu procesul de culegere, analiză și interpretare a datelor; astfel, „evaluarea reprezintă culegerea sistematică, analiza și interpretarea informațiilor despre activitățile și rezultatele programului, pentru a permite persoanelor

interesate să facă judecăți asupra unor aspecte specifice ale programului și să îmbunătățească programul” (Patton, apud. Mățăuan, 1999, pp.63-64). Îmbunătățirea programului poate fi un rezultat atât al deciziilor interne luate la nivelul organizației implementatoare, cât și al recomandărilor făcute acesteia de către finanțatori. Pentru alți autori, accentul pus în definiția evaluării este pe aplicarea cercetării sociale în sfera programelor sociale: “cercetarea de evaluare este o aplicare sistematică a procedurilor de cercetare socială pentru aprecierea conceptualizării, design-ului, implementării și utilității programelor de intervenție socială” (Rossi și Freeman, 1993, p. 5). Pornind de la perspectivele în evaluare propuse de Chelmsky (1978), respectiv cea *managerială și administrativă* prin care se urmărește îmbunătățirea rezultatelor programului și identificarea celor mai eficiente forme de intervenție, cea a *finanțatorilor* care doresc să se asigure de obținerea rezultatelor estimate încă din etapa de proiectare și de experimentare a unor practici inovatoare ce pot influența politicile publice și cea a *testării unor ipoteze ale științelor sociale* sau a *verificării unor principii ale practicii*, Rossi și Freeman disting între trei tipuri de cercetări evaluative (1993, pp. 34-35): “(1) analiza referitoare la conceptualizarea și designul intervențiilor; (2) monitorizarea implementării programului; și (3) evaluarea eficacității și eficienței programului”. Luând în discuție complexitatea procesului de evaluare generată atât de orientările teoretice și paradigmatică, cât și de circumstanțele derulării programului, autorii consideră că uneori “trebuie incluse toate cele trei clase de activități, ... iar evaluările care fac acest lucru se numesc comprehensive” (1993, p. 35).

Indiferent de accentul pus în evaluare, cea mai utilizată distincție este cea dintre *evaluarea formativă* și cea *sumativă*, propusă de Scriven (1967) cu referire la îmbunătățirea programului și la aprecierea performanței acestuia; astfel, autorul consideră că evaluarea formativă urmărește în principal îmbunătățirea programului, iar cea sumativă are ca scop măsurarea performanței, văzută în relațiile cu achizițiile beneficiarilor programului; evaluarea formativă se realizează în timpul derulării programului și continuă pe toată perioada desfășurare a acestuia, cuprinzând elementele care analizează modul de implementare a acestuia și progresele înregistrare până în momentul realizării evaluării, fiind o formă de măsurare continuă a activităților desfășurate” (Westat et al., 2002, p. 8). Pentru a sublinia diferențele dintre evaluarea formativă și cea sumativă autorii aduc în atenție exemplul oferit de Stake, pe care îl preluăm și noi, fiind deosebit de sugestiv: „atunci când bucătarul gustă supa... [*evaluarea, n.n.*] este formativă”... și „atunci când invitații gustă supa, aceasta este sumativă” (Stake, apud. Westat et al, 2002, p. 8). Exemplul de mai sus ne ajută să operăm câteva diferențe inițiale între cele două forme de evaluare: evaluarea formativă și evaluarea sumativă.

Evaluarea formativă

Evaluarea formativă este preponderent internă și are rolul de a îmbunătăți serviciile oferite și de a aprecia în ce măsură programul se desfășoară conform planificării inițiale, oferind totodată repere pentru modificări ce pot fi realizate pe perioada derulării programului; acest tip de evaluare se realizează încă din “stadiile de

început ale programului”, iar aceste cercetări formative sunt “direcționate de întrebări specifice referitoare dezvoltarea sistemului de servicii, selectarea [grupurilor sau beneficiarilor, n.n.] țintă și la structurarea intervenției” (Rossi și Freeman, 1993, p. 135); astfel, întrebările cercetării nu au doar rolul de a obține informații legate de aceste aspecte, ci și direcționarea personalului implicat în derularea programului către păstrarea și încurajarea practicilor pozitive, de succes și schimbarea unor acțiuni care nu conduc la obținerea rezultatelor dorite. Evaluarea formativă poate conduce la redefinirea modalităților de intervenție și a practicilor utilizate, la urmărirea modului în care sunt realizați indicatorii de performanță, ea însăși fiind o formă de „control al calității” (Hahn, Lavery, Stevenson, 2006, p. 15). Unul dintre obiectivele evaluării formative este cel de verificare a conformității, fiind parte a procesului de evaluare prin care se urmărește verificarea în teren a modului în care sunt desfășurate activitățile și dacă acestea sunt conform planificării și datelor oferite de implementator în rapoartele de monitorizare reprezintă o oglindă a activităților desfășurate. Un avantaj, deloc de neglijat, al evaluării formative este posibilitatea de a opera modificări în implementarea programului și adaptarea acestuia în funcție de rezultatele obținute până la etapa intermediară de evaluare. Criteriul pertinentei, utilizat în evaluarea formativă, urmărește să măsoare dacă acțiunile desfășurate pot atinge obiectivele propuse, dacă aceste obiective au fost atinse pe perioada de implementare ca un rezultat al acțiunilor întreprinse. Așa cum subliniază autorii manualului evaluării al National Science Foundation (Westat et. al, 2002), evaluarea formativă are două tipuri semnificative: a) primul ce se orientează asupra implementării conform planificării realizate inițial în cadrul proiectului și b) al doilea, urmărește să măsoare progresul realizat în atingerea obiectivelor propuse. Indiferent că se referă la evaluarea implementării sau a progresului înregistrat în cadrul programului, evaluarea formativă urmărește evaluarea procesului; de aceea, o distincție pe care o face evaluarea procesului este „diferența dintre activitățile actuale ale proiectului și populația care a beneficiat de servicii și activitățile intenționate și populația țintă” (Hahn et. al, 2006, p. 19), fiind o formă de verificare a modului în care au fost realizate activitățile în concordanță cu așteptările precizate inițial în conceperea proiectului. Cu alte cuvinte, evaluarea formativă reprezintă un proces de verificare a coerenței dintre proiectul inițial și modul de implementare a programului. Deseori există confuzii între evaluarea implementării și monitorizarea programului; de obicei, evaluarea implementării este un proces intern de verificare a modului în care se desfășoară activitățile în acord cu filosofia programului, pe când monitorizarea reprezintă un proces continuu de verificare și măsurare a indicatorilor stabiliți pentru obiectivele programului realizat la inițiativa finanțatorilor.

Utilizarea anchetei apreciative în evaluarea formativă

Ancheta apreciativă a devenit o metodă de cercetare, dar cu accentuate valențe ale intervenției, datorită lucrărilor de referință ale lui Cooperrider și colaboratorilor săi prin care se propune un model de interpretare și schimbare organizațională, plecând de la identificarea și valorizarea experiențelor pozitive; mai mult decât atât, această formă de abordare a realităților sociale propune renunțarea la „paradigma deficienței”, prin

stimularea și dezvoltarea creativității, fiind o îmbinare între cercetare și acțiune. Modalitățile de organizare ale anchetei apreciative aduc în atenție importanța dialogului, ca proces al anchetei calitative și al inițierii unor schimbări dorite și intenționate; chiar dacă sunt unele critici legate de caracterul exclusiv al utilizării aspectelor pozitive, „ancheta apreciativă integrează ancheta și acțiunea într-un cadru particular de dezvoltare care ghidează analiza și procesele interacțiunii de grup” (Patton, 2001, p. 182). Din acest punct de vedere, ancheta apreciativă poate fi utilizată mai ales în procesul de *evaluare formativă*, „...prezența cercetătorului care pune întrebări, sau ...care oferă feedback-uri, poate fi considerată o intervenție...” (Patton, 2001, p. 42) care ar ca scop „îmbunătățirea programului” (Patton, 2001, p.213), ...” a politicilor, a personalului implicat în program sau a produselor oferite” (Patton, 2001, p. 220). Chiar dacă ancheta apreciativă este considerată ca o formă utilă de realizare a evaluării formative, Patton subliniază faptul că “și cazurile negative oferă noi oportunități de învățare în evaluarea formativă” (Patton, 2001, p. 554), ceea ce arată că nu doar exemplele pozitive, de succes participă la îmbunătățirea programului, pentru că oamenii „învăță și din greșeli”; acest punct de vedere subliniază și unele limite ale evaluării apreciative, dar fără a fi negate valențele pozitive ale acesteia.

Evaluarea sumativă

Evaluarea sumativă reprezintă o formă de măsurare a *rezultatelor finale* ale programului, fiind un proces realizat mai ales cu participarea unor evaluatori care nu au fost implicate în implementare, rezultatele obținute neputând fiind modificate datorită finalizării programului. Evaluarea sumativă reprezintă o formă de măsurare a impactului programului asupra beneficiarilor și asupra mediului în care acesta s-a desfășurat și „urmărește să determine dacă activitățile programului influențează populația țintă și conduce la schimbările dorite în comportamentele și / sau atitudinile acesteia” (Hahn et. al, 2006, p. 23). Atunci când se realizează evaluarea sumativă a unui program derulat, este foarte important să se identifice acțiunile care au condus la schimbările acestea de comportament și de atitudine, ca rezultat al programului. *Criteriul eficacității* utilizat în evaluarea sumativă oferă modalitatea de evaluare a obținerii rezultatelor din perspectiva obiectivelor programului, cu alte cuvinte măsoară gradul de atingere a obiectivelor propuse. Este un criteriu orientat către rezultate. *Criteriul eficienței* este poate cel mai cantitativ criteriu deoarece urmărește măsurarea modului în care activitatea desfășurată produce rezultatele așteptate în cadrul celui mai bun raport calitate /cost posibil. Astfel, evaluarea programului se face în funcție de întregul sistem acțional și cel administrativ. Acesta este criteriul care pune în balanță activitatea profesională desfășurată în cadrul serviciilor oferite și costurile necesare pentru derularea activităților necesare atingerii obiectivelor propuse. De aceea, criteriul eficienței ia în considerare cheltuielilor efectuate pentru deservirea numărului de beneficiari ai programului. Unii evaluatori utilizează acest criteriu și pentru determinarea efectelor pe care le au serviciile sociale în reducerea unor cheltuieli ale altor instituții. De exemplu, evaluarea eficienței unui serviciu de prevenire a abandonului și instituționalizării poate fi calculat intern prin raportarea valorii totale a cheltuielilor la numărul total de clienți deserviți și

extern prin calcularea reducerii de cheltuieli datorată prevenirii instituționalizării, ținând cont de valoarea standard a acestora.

Planificarea evaluării

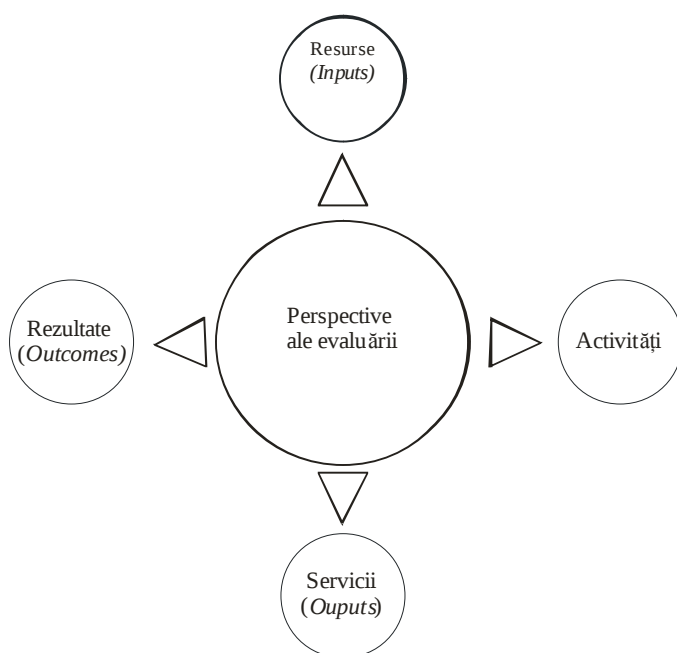
Utilizarea modelului cadrului logic al programului în evaluare

Pentru analiza felului în care modelul cadrului logic este utilizat pentru evaluare, considerăm că modul în care sunt definite elementele programului direcționează sensurile și formele în care se realizează evaluarea programelor sociale. Astfel, așa cum sunt definite de către *United Way of America* (1996), elementele cadrului logic sunt următoarele:

1. *Resursele programului (inputs)*: sunt factorii interni ce determină atingerea obiectivelor proiectului prin asigurarea condițiilor de desfășurare a activităților. Acestea pot fi: personal, voluntari, bani, timp, echipamente, suporturi de curs etc. Tot în categoria resurselor sunt incluse și constrângerile și regulile impuse de legislație, de situațiile specifice ale beneficiarilor sau de către finanțator.
2. *Activitățile programului*: reprezintă ceea ce se desfășoară pentru realizarea activități cu resursele existente; rezultatele acestora sunt vizibile în serviciile oferite și includ tehnicile și tipurile de intervenție. De exemplu, consilierea părinților pentru reintegrarea copiilor în familie, programe de educație parentală, grupuri de suport etc.
3. *Servicii oferite în cadrul programului (outputs)*: sunt rezultate sau produse imediate al activităților desfășurate și care măsoară în termeni cantitativi activitățile realizate pentru implementarea programului. De exemplu, numărul ședințelor de consiliere oferite părinților, numărul orele de educație parentală de care au beneficiat părinții, numărul întâlnirilor realizate în cadrul grupurilor de suport, numărul materialelor de informare distribuite, numărul de participanți la cursurile de educație parentală, numărul participanților la ședințele de consiliere etc. Astfel, în această categorie se măsoară ceea ce se face, iar indicatorii măsurabili se referă doar la operaționalizarea obiectivelor de implementare.
4. *Rezultatele programului (outcomes)*: exprimă beneficiile și schimbările produse la nivelul indivizilor sau grupurilor țintă în urma participării la activitățile programului. Acestea măsoară impactul programului asupra beneficiarilor, atât la nivel individual, cât și la cel macrosocial, luând în analiză rezultatele așteptate și intenționale, precum și pe cele neașteptate sau perverse.

Perspective ale evaluării

Aceste definiții, prezentate mai sus, propuse de către *United Way of America* (1996, pp. 1-2) pot fi utilizate pentru alegerea strategiilor pentru evaluare, clarificarea demersurilor pentru cercetare, alegerea și combinarea metodelor de culegere a datelor, precum și pentru construirea unui cadru de analiză a datelor obținute în vederea realizării evaluării.



Pornind de la aceste elemente esențiale ale programului putem atribui un anumit tip de evaluare fiecărui element, putem identifica următoarele patru forme: a) evaluarea resurselor și a modului în care acestea au fost gestionate, b) evaluarea implementării programului, c) evaluarea serviciilor oferite și d) evaluarea impactului.

5. *Evaluarea resurselor și a gestionării acestora* – se referă la verificarea modului în care au fost utilizate resursele programului în comparație cu planificarea realizată inițial exprimată în propunerea de finanțare, a respectării regulilor privind utilizarea resurselor conform legislației în vigoare, a prevederilor legale privind realizarea procedurilor de achiziționare a anumitor produse și echipamente, a regulilor privind regulie referitoare la folosirea voluntarilor sau a prevederilor din codul muncii.
6. *Evaluarea implementării* – reprezintă acel tip de evaluare care urmărește să măsoare modul în care sunt aplicate anumite tehnici de intervenție, respectarea eticii profesionale în interacțiunea cu beneficiarii, aprecierea modului în care se aplică anumite strategii și metode de intervenție, analiza documentelor care justifică acțiunile realizate etc.
7. *Evaluarea serviciilor* – se referă la măsurarea și analiza rezultatelor imediate ale acțiunilor întreprinse, cuantificarea activităților în care au fost implicați beneficiarii programului, evaluarea serviciilor oferite și a accesibilității acestora pentru membrii grupurilor țintă cărora li se adresează programul,

măsurarea gradului în care beneficiarii primesc anumite servicii din partea inițiatorilor programului. Cu alte cuvinte, evaluarea serviciilor urmărește să măsoare doar ceea ce anume se oferă beneficiarilor fără a lua în considerare efectele pe care le au acțiunile întreprinse asupra acestora, punând în centrul atenției analiza a ceea ce se oferă beneficiarilor.

8. *Evaluarea impactului* – urmărește să identifice și să măsoare efectele pe care le-a avut programul asupra beneficiarilor la nivelul cunoștințelor, abilităților și atitudinilor, al comportamentelor sau la nivelul condițiilor și situației acestora. Pentru clarificarea ariilor de analiză în ceea ce privește impactul asupra beneficiarilor, se fac diferențe (United Way, 1996, p. 32) între *rezultate inițiale (initial outcomes)* care se referă la cunoștințele dobândite, atitudinile și abilitățile dezvoltate; *rezultate intermediare (intermediate outcomes)* surprinse la nivelul comportamentelor, ca formă de exprimare a noilor cunoștințe, abilități și atitudini; și *rezultate pe termen lung (long-term outcomes)* care reflectă status-ul sau schimbarea condiției beneficiarilor.

Termenul *evaluare* desemnează activități diferite, fiind un subiect al unor interpretări diferite, în funcție de scopul, natura, caracteristicile specifice ale activităților ce se doresc a fi evaluate, în funcție de teoriile utilizate atât pentru explicarea și descrierea programelor, cât și pentru argumentarea unui anumit tip de metodologie utilizat. Dincolo de diferitele accepțiuni acceptate ale termenului de evaluare, putem spune că există diferite forme de evaluare a programelor în funcție de ce-și propune evaluarea, ce anume dorim să argumentăm, să descoperim și să analizăm în acest proces de cercetare a modului în care se derulează un program și a impactului pe care acesta îl are asupra beneficiarilor și asupra mediului în care se desfășoară, ce dorim să facem cu informațiile culese și cum dorim ca acestea să fie repere în dezvoltarea programului evaluat sau a unor programe similare generate de capacitatea de replicabilitate a programului. Pe de altă parte, atunci când propunem să evaluăm un program de intervenție în domeniul asistenței sociale și nu numai, este necesară clarificarea elementelor care sunt urmărite în cadrul acestui proces de apreciere și valorificare a rezultatelor, în funcție de obiectivele urmărite axate pe evaluarea integrală a programului sau doar a anumitor componente, ținând cont de resursele financiare, umane și de timpul necesar.

Scopurile evaluării

La fel ca orice proiect, planificarea evaluării trebuie să fie direcționată de obiectivele stabilite inițial în acord cu recomandările celor care doresc această evaluare (finanțatori, implementatori, factori de decizie etc.) și care se circumscriu intereselor de a înțelege care au fost efectele derulării programului asupra organizației implementatoare, asupra populației și grupurilor țintă, asupra comunității etc. Totodată, un obiectiv important al evaluării este de a sprijini îmbunătățirea serviciilor oferite în cadrul programului, de a oferi informații bazate pe analiză care să direcționeze programul către zone mai sensibile și care nu au fost luate în considerare, de a întări prin argumente științifice bazate pe date și informații din teren practicile dovedite

eficiente și care au participat de oferirea unor servicii de calitate pe parcursul derulării programului. Dacă evaluarea programului este solicitată de către finanțatori, atunci acest proces este ghidat și de intențiile de natură administrativă impuse de criteriile utilizate în contractele de finanțare și nevoia de a prezenta rezultatele programului raportate la propunerile inițiale, de analiză a modificărilor produse în implementarea acestuia. Deseori, pentru întărirea capacității organizaționale de a răspunde eficient nevoilor beneficiarilor sunt realizate evaluări care au doar un uz intern, menite să surprindă aspecte cheie legate de nevoile beneficiarilor și de modul în care acestea sunt în centrul atenției implementatorului, de utilitatea și necesitatea serviciilor oferite beneficiarilor, precum și de identificare a unor noi aspecte legate de practicile organizaționale pentru îmbunătățirea programelor viitoare și a eficienței intervențiilor propuse, ca instrument pentru luarea unor decizii privind modificări ale programului. Dacă evaluarea este solicitată de către autorități sau de către finanțatori ea urmărește să clarifice caracteristicile grupurilor țintă deservite, eficiența serviciilor oferite și identificarea unor argumente necesare în ceea ce privește alocarea resurselor. În condițiile în care în România se discută din ce în ce mai mult despre contractarea serviciilor către furnizori privați, evaluarea programelor devine un aspect primordial în alocarea resurselor de către autoritățile publice, în direcționarea acestor resurse către zone cu o nevoie imediată și pentru ajustarea intervențiilor la caracteristicile diferitelor categorii de populații care au nevoie de anumite servicii. Cu alte cuvinte, evaluarea poate fi un demers inițial ca răspuns fie la o *solicitare internă* (din partea personalului implicat în derularea programului, a echipei de management sau de guvernare organizațională sau chiar din partea beneficiarilor serviciilor oferite), fie la o *solicitare externă* (venită din partea unor categorii care nu sunt implicate direct în implementarea programului: finanțatori, grupuri de interes, autorități locale sau naționale, parteneri sau mass media).

Stabilirea întrebărilor evaluării

Întrebările evaluării sunt importante pentru că direcționează întregul demers de cercetare, fiind o formă de clarificare a intențiilor finanțatorilor, a autorităților sau a echipei de management. În urma discuțiilor evaluatorului cu cei interesați de evaluarea programului sunt enunțate întrebările evaluării care combină *ceea ce trebuie* să aflăm cu *ceea ce este interesant* de analizat în implementarea programului respectiv. După stabilirea întrebărilor evaluării sunt definiți *termenii cheie* și *indicatorii* care exprimă ceea ce dorim să aflăm sau să descoperim în procesul de evaluare. De exemplu, dacă un termen cheie este *participarea beneficiarilor* atunci trebuie să identificăm acele acțiuni care *indică* că persoanele cuprinse în eșantion *au manifestat* dezvoltarea abilităților de *participare*. În cadrul evaluării, indicatorii reprezintă acele filtre de identificare a aspectelor cercetate și de analiză a datelor culese prin diferite tehnici de cercetare. Definirea termenilor cheie și operaționalizarea acestora în indicatori îmbină viziunea evaluatorilor și cea a participanților la evaluare (beneficiari, informatorilor cheie, personalul implicat în derularea programului). În exemplul de mai sus este important să surprindem atât definițiile și indicatorii operate de către evaluator, cât și descrierile

beneficiarilor și ale personalului care oferă servicii acestora, pentru că modurile diferite de definire a participării construiesc un univers la nivel sociolingvistic și al practicilor dezvoltate în cadrul programului. Definițiile operate de către persoanele implicate în desfășurarea activităților sunt esențiale pentru procesul de evaluare pentru că în cadrul aceluiași program întâlnim definiții diferite operate de persoanele implicate, iar diferite organizații pot folosi indicatori diferiți pentru măsurarea obiectivelor stabilite în cadrul programului. În această etapă a planificării evaluării este importantă identificarea caracteristicilor publicului țintă căruia îi sunt orientate rezultatele evaluării, pentru articularea evaluării cu interesele acestuia și pentru obținerea informațiilor care vor fi utilizate pentru deciziile privind desfășurarea în continuare a programului. În formularea întrebărilor se ține cont de *relevanța* acestora pentru programul evaluat, de importanța aspectelor urmărite prin elaborarea întrebărilor. Deseori, pentru identificarea celor mai relevante aspecte ale programului este utilizată *evaluarea participativă*, prin care sunt implicați informatorii cheie în elaborarea designului evaluării, în culegerea datelor și în interpretarea datelor, aceștia fiind considerați parteneri ai evaluatorilor. Pentru cunoașterea programului, evaluatorii inițiază și participă la etapa de documentare în care sunt implicate persoanele de referință ale programului: personal angajat, beneficiari și informatori cheie. Întrebările evaluării sunt elaborate în urma acestui proces de documentare și reprezintă un rezultat al negocierii și consensului între evaluator și cei care sunt interesați de evaluare.

Pentru a descrie logica programului și legăturile dintre *servicii* și *rezultate*, Taylor-Powell, Steele și Douglass justifică utilitatea ierarhiei evidenței elaborată de Bennett, considerând că primele trei nivele se referă la *implementarea programului* și următoarele patru la *rezultate* [impact, n.n.] (1996, p. 6):

Nivelul 1: *Resursele utilizate* pentru derularea programului se referă atât la cele de ordin material și financiar, cât și la cele legate de personalul angajat, inclusiv voluntari.

Nivelul 2: *Activitățile desfășurate* se referă la toate activitățile realizate de către echipa programului și partenerii acestuia pentru atingerea obiectivelor intenționate.

Nivelul 3: *Participarea beneficiarilor* urmărește să surprindă modul în care sunt implicați beneficiarii în realizarea activităților și îndeplinirea obiectivelor, modalitățile de lucru care-i încurajează să participe, nivelul de accesibilitate al serviciilor, diversitatea persoanelor implicate, frecvența participării la diferite activități, amplitudinea interacțiunilor dintre beneficiari etc.

Nivelul 4: *Reacțiile participanților* – acesta este primul nivel al impactului programului și se referă la răspunsurile beneficiarilor față de serviciile primite în cadrul programului, satisfacția față de rezultatele obținute, acceptarea și respectarea contractului cu furnizorul de servicii, atitudinea față de personal și față de alți beneficiari etc.

Nivelul 5: *Cunoștințele, opiniile, abilitățile și aspirațiile beneficiarilor* – orice program își propune sprijinirea membrilor grupului țintă pentru dezvoltarea unor deprinderi și abilități, creșterea nivelului de cunoștințe, schimbarea atitudinilor care generează comportamente ineficiente social, redefinirea situațiilor particulare de către beneficiari. Aspirațiile și dorințele beneficiarilor programului reprezintă în sine indicatori ai modului în care se raportează la realitate, construiește această realitate și acționează pentru urmărirea obiectivelor proprii propuse. În majoritatea cazurilor, persoanele afectate de diverse probleme definesc situațiile personale în termeni de disfuncție utiliz-

nd un limbaj de deficit, încărcat cu sentimente negative, fapt care nu produce schimbări pozitive majore în situația personală. Deseori, pentru măsurarea efectelor pe care le-a avut un serviciu de consiliere sau de educație asupra beneficiarilor este utilă analiza calitativă a expresiilor verbale utilizate de către beneficiari, proces care poate demonstra modul în care aceste servicii de consiliere sau educație au produs modificări sau nu în situația beneficiarului.

Nivelul 6: *Acțiunile și comportamentele participanților* exprimă în mod esențial efecte ale programului produse asupra beneficiarilor. Chiar dacă aceștia au primit informații, au fost încurajați și sprijiniți să-și exerseze și dezvolte anumite abilități, dar acestea din urmă nu se regăsesc în comportamentele acestora, înseamnă că încă nu s-a obținut un rezultat de durată destinat reducerii dependenței față de serviciile primite. Imposibilitatea identificării unor indicatori observabili care să măsoare acțiunile și comportamentele dezvoltate de către participanți la proiect demonstrează rezultate foarte slabe, care nu pot fi cunatificate, iar rezultatele programului sunt puse sub semnul întrebării.

Nivelul 7: *Impactul programului* – social, economic. Impactul se referă nu doar la schimbările produse la nivelul status-ului beneficiarilor, ci și la modificările realizate la nivelul grupurilor și comunității. Programul urmărește producerea unor diferențe în viața beneficiarilor care pot fi sesizate și argumentate ca rezultate ale acțiunilor realizate și sunt observabile în status-ul final al beneficiarilor la încheierea programului. În cadrul evaluărilor de impact se urmăresc deseori și efectele neintenționate pe care le-a avut programul asupra beneficiarilor direcți și indirecti, precum și asupra comunității, rezultate care pot constitui fundamente pentru intervenții viitoare ale unor programe destinate unor grupuri țintă similare.

Ierarhia prezentată de autori (Taylor-Powell, Steele și Douglass, 1996) poate fi utilizată totodată pentru planificarea evaluării, pentru elaborarea întrebărilor evaluării specifice fiecărui nivel și adaptate cerințelor programului respectiv, precum și la stabilirea temelor de evaluare pentru aceste nivele.

Întrebări despre implementarea programului

Evaluarea implementării programului urmărește să măsoare ceea ce s-a realizat în cadrul acestuia, acțiunile și rezultatele acestora. Astfel, în evaluarea de implementare pot fi utilizate întrebări care direcționează procesul de culegere a datelor către măsurarea calității serviciilor oferite, respectarea anumitor standarde și adaptarea intervențiilor la caracteristicile grupurilor țintă. Evaluarea calității nu înseamnă, din această perspectivă, excluderea furnizorilor de servicii care nu au satisfăcut anumite standarde, ci o formă de a posibilitatea acestora de a fi incluse în categoria celor care oferă servicii de calitate. Măsurarea calității înseamnă, în fond, un feedback important pentru furnizorii de servicii și un sprijin pentru direcționarea acestora în asigurarea unor servicii care să îndeplinească standardele utilizate în evaluare. De aceea, toate întrebările formulate pentru această latură a evaluării sunt orientate către aspectele acționale, urmărind să înțeleagă, să descrie și să analizeze practicile dezvoltate:

- Care sunt cele mai importante activități desfășurate în cadrul programului și care au produs rezultate?
- Ce metode de intervenție au fost utilizate în lucrul cu beneficiarii?
- Care au fost modalitățile promovate de personalul angajat pentru creșterea accesibilității serviciilor oferite în cadrul programului?
- Care au fost criteriile utilizate pentru selectarea beneficiarilor?
- Care au fost metodele utilizate în evaluarea nevoilor potențialilor beneficiari?
- Ce caracteristici au solicitanții de servicii care au apelat la program și nu au fost incluși în categoria beneficiarilor?
- Care au fost serviciile ce s-au dezvoltat ca urmare a derulării programului?
- Ce contribuții semnificative a avut personalul angajat în oferirea serviciilor din cadrul programului?
- Care sunt practicile organizaționale față de beneficiari, parteneri și voluntari ai programului?
- Cum au fost implicați beneficiarii în implementarea programului?
- Care a fost frecvența diferitelor tipuri de intervenție realizate pe parcursul derulării programului?
- Ce resurse au fost utilizate pentru implementarea programului?
- Care sunt activitățile ce au produs efecte benefice și pot fi păstrate pentru derularea unor programe similare în viitor?

Întrebări despre impactul programului

Acest tip de întrebări urmăresc să surprindă modificările produse de program asupra beneficiarilor. De această dată nu mai este vorba de *ceea ce se face*, ci de ce anume s-a produs în situația beneficiarilor. Întrebările de impact sunt orientate către acțiunile, comportamentele și status-ul beneficiarilor:

- Cum s-a modificat status-ul beneficiarilor la finalul programului?
- Care sunt comportamentele beneficiarilor ce s-au schimbat în urma participării la finalul programului?
- Ce au câștigat beneficiarii în urma participării la program?
- Care sunt cele mai importante rezultate ale programului?
- Ce activități au participat în mod crucial la atingerea obiectivelor programului?
- Care este gradul de satisfacție al beneficiarilor în urma participării la program?

Culegerea informațiilor

Această etapă reprezintă procesul de consultare a surselor de informare reprezentate de *persoane* care cunosc programul (beneficiarii care sunt considerați cea mai importantă sursă de obținere a datelor, personalul care oferă servicii, informatori cheie) și de *documente oficiale* care au fost elaborate pe parcursul derulării acestuia

(rapoarte statistice, rapoarte narative și financiare, studii, descrierea programului care se implementează conform proiectului de intervenție propus inițial, documente existente la dosarele beneficiarilor, articole în mass media, documente video etc.). O modalitate des folosită în evaluare este *observația directă* realizată de către evaluator la diverse activități și evenimente, prin care sunt surprinse „elemente cu valoare de fapte” (Miftode, 2002); de exemplu, dacă intenționăm să evaluăm practicile dezvoltate de asistenții sociali în ceea ce privește consilierea beneficiarilor, este utilă observarea directă a ședințelor de consiliere sau filmarea acestora, cu acordul prealabil al consilierului și al beneficiarului.

Eșantionarea în procesul de evaluare

Evaluatorul și celelate persoane implicate și interesate de evaluare programelor de asistență socială își pun întrebări în legătură cu mărimea eșantionului necesar pentru analiza și evaluarea pertinentă a programului, iar răspunsurile sunt diverse pentru că, pe fond, mărimea eșantionului este stabilită în funcție de scopul și întrebările evaluării, de resursele financiare, umane și organizaționale și de tipurile de informații considerate necesare, dorite și intenționate din partea celor care sunt interesați de programul evaluat și de rezultatele acestuia. Pentru selectarea subiecților în eșantion este necesară definirea populației care este inclusă în procesul de evaluare; *populația studiată* se referă la anumite categorii de persoane care sunt implicate în programul evaluat fie ca beneficiari direcți sau indirecti, fie care persoane care cunosc desfășurarea programului sau a efectelor acestuia asupra populației țintă sau a grupurilor țintă. Pentru definirea populației investigate este necesar ca evaluatorul să identifice grupurile sau unitățile de interes, să delimiteze perioada temporară și locația subiecților, aspecte care sunt clarificate în cadrul programului evaluat. Fiecare program derulat are precizate aceste caracteristici: populația și grupurile țintă, perioada de derulare a programului și etapele acestuia de implementare, precum și locația în care se desfășoară programul, cu referiri foarte clar precizate la locația beneficiarilor direcți și indirecti ai programului de asistență. Populația studiată este reprezentată de toți participanții la programul de asistență socială evaluat; de pildă, dacă evaluăm un program de integrare socioprofesională a tinerilor care au părăsit sistemul de protecție a copilului dintr-o anumită zonă geografică, atunci populația investigată va fi formată de tinerii care au participat la programul respectiv într-o anumită perioadă de timp. De obicei, datorită fenomenului de volatilitate a programelor sociale (Cojocaru, 2006, pp. 32-33), condițiile de organizare și desfășurare a acestora se modifică în timp ca efect al stabilirii și dominanței unor obiective pe termen scurt. Acest lucru face posibilă selectarea relativ facilă a subiecților incluși în eșantion pentru evaluarea rezultatelor; astfel, dacă dorim să evaluăm efectele unui asemenea program de asistență pentru tinerii care au părăsit sistemul de protecție în anul 2006, atunci vom analiza doar acele cazuri specifice care au beneficiat de programul respectiv, derulat în perioada 2006-2007; pe de altă parte, dacă dorim să evaluăm efectele pe termen mediu și lung a unui asemenea program de integrare socioprofesională care se desfășoară cu regularitate de mai mulți ani, atunci vom selecta diferiți subiecți care au beneficiat de program în perioade de timp diferite.

Dacă evaluarea programului urmărește să generalizeze concluziile obținute prin studierea subiecților incluși în eșantion la nivelul întregii populații studiate, atunci este necesară realizarea unei *eșantionări probabilistice*, care reprezintă un proces de selectare aleatoare a subiecților cuprinși în procesul de evaluare, iar fiecare dintre unitățile cuprinse în populația studiată are aceleași șanse de a fi selectată în eșantion, astfel încât pot fi făcute aprecieri și estimări la nivelul populației țintă pornind de la concluziile studierii subiecților din eșantion.

Stabilirea mărimii eșantionului statistic

Utilizarea eșantionului statistic este dirijată de dorința de a obține o reprezentativitate a acestuia și a a putea generaliza concluziile evaluării unui număr redus de subiecți la nivelul întregii populații studiate. Reprezentativitatea reprezintă acea calitate a eșantionului de a reproduce la scară mică a calităților și caracteristicilor populației investigației totale, iar generalizabilitate este capacitatea de a estima rezultatele la nivelul populației între limitele stabilite de marja de eroare și intervalul de încredere stabilit inițial. În general, stabilirea eșantionului statistic este realizată în funcție de numărul unităților din populația totală. Unii autori (Isaac și Michael, 1981; Smith, 1983) au realizat chiar tabele cu valori ale eșantionelor construite în funcție de mărimea populației studiate și de intervalul de încredere. Dacă consultăm tabelele realizate de autorii menționați mai sus, observăm că, de exemplu, pentru evaluarea unui program de informare-educare-comunicare a populației dintr-o localitate cu 100.000 de locuitori cu privire la riscurile la care sunt expuși copiii abuzați și neglijăți, putem stabili un eșantion format din 398 de subiecți pentru o marjă de eroare de 5% sau din 100 de subiecți pentru o eroare de maxim 10%.

Atunci când stabilim mărimea eșantionului trebuie să ținem cont de mărimea populației; cu cât populația este mai mică, cu atât eșantionul este mai mare raportat la această populație. Dacă ne propunem să evaluăm un program de consiliere a părinților pentru prevenirea abandonului nou născuților în maternitate folosind tehnici cantitative, iar numărul de beneficiari este de 480 de persoane consiliate, putem stabili o anumită proporție din populația totală investigată, de exemplu 25% dintre beneficiari. Astfel, eșantionul poate fi constituit din 120 de părinți care au participat la ședințe de consiliere, dar mărimea acestuia poate să nu fie reprezentativă pentru întreaga populație. Dacă aplicăm logica eșantioanelor recomandate în funcție de mărimea populației și nivelul de eroare, atunci pentru o populație de 480 de persoane, eșantionul statistic reprezentativ pentru o marjă de eroare de 5% este format din 218 de persoane (Isaac și Michael, 1981; Smith, 1983). Logica alegerii unui anumit procent din populația totală nu este cea mai productivă în stabilirea dimensiunilor eșantionului, pentru că, de exemplu, dacă ne propunem să studiem 25 % din populația totală și aceasta este formată din 100.000 de persoane ar însemna ca eșantionul nostru să fie format din 25.000 de subiecți, lucru care necesită foarte multe resurse pentru investigare și nu oferă cu certitudine șansele unei erori cât mai mici.

Eroare de eșantionare și intervalul de încredere

Atunci când dorim să evaluăm un program utilizând metode statistice, pentru obținerea datelor poate fi construit un eșantion reprezentativ căruia i se aplică diferite instrumente de culegere a datelor. Pentru a estima în ce măsură eșantionul reprezintă populația totală investigată, în general, se folosesc doi parametri: marja de eroare și intervalul de încredere. „În momentul proiectării eșantionului, se stabilește nivelul dorit al erorii de estimare a valorilor populației totale pe intervalul 1-5 %” (Mărginean, 2004, p. 148), acest lucru fiind o etapă obligatorie în cazul eșantionării probabilistice. De exemplu, dacă la o întrebare prezentă în chestionarul utilizat pentru investigarea subiecților din eșantion, 35% din persoanele investigate au oferit un anumit răspuns, iar eșantionul are o eroare de 3 %, atunci putem spune că în intervalul dintre 33,5% și 36,5% acel răspuns este caracteristic populației totale. Un alt exemplu, dacă 85% dintre respondenți, beneficiari ai programului de educație parentală, consideră prestația educatorilor parentali ca fiind „foarte bună”, acest lucru înseamnă că între 83,5 % și 86,5 % din totalul participanților la cursurile de educație parentală apreciază prestația educatorilor ca fiind „foarte bună”. Nivelul de încredere măsoară riscul de a fi eronat rezultatul obținut prin consultarea subiecților din eșantion în limitele intervalului de eroare. De exemplu, atunci când intervalul de încredere este de 95%, aceasta înseamnă că în 95% cazuri, răspunsurile sau opiniile exprimate de către persoanele chestionate pot fi cu siguranță extrapolate la nivelul întregii populații investigate.

Anticiparea nonrăspunsurilor

În orice proces de evaluare există riscuri legate de participarea subiecților la cercetare, de interesul și dorința acestora de a oferi informații sau de imposibilitatea de a găsi subiecții respectivi; de aceea, în organizarea demersurilor pentru evaluare trebuie să ținem cont de aceste riscuri. Taylor-Powell consideră că un nivel de „30% al nonrăspunsurilor este realist” (1998, p.5) și acesta trebuie luat în considerare atunci când se stabilește mărimea eșantionului și când se analizează datele. Dacă evaluăm un program de consiliere a tinerilor seropozitivi HIV prin care au fost oferite acest serviciu unui număr de 275 de beneficiari și utilizăm un eșantion statistic cu o marjă de eroare de 10 %, atunci vom avea un eșantion format din 74 de subiecți; dacă ținem cont de anticiparea nonrăspunsurilor (estimată la 30 % din totalul subiecților), atunci trebuie să mărim eșantionul la 105 subiecți pentru a păstra aceeași marjă de eroare. Această logică poate fi aplicată în orice program de evaluare când se dorește utilizarea unor tehnici cantitative de culegere a datelor (chestionarul, de exemplu). Un alt exemplu, dacă dorim să evaluăm un program de prevenire a abandonului copilului care a oferit servicii unui număr de 6.000 de persoane, pentru aplicarea unui chestionar în rândul populației investigate prin care se obțin date de la un eșantion reprezentativ, cu o marjă de eroare de 5 %, atunci valoarea acestui eșantion este de 375 de subiecți (în situația în care nu sunt anticipate nonrăspunsurile); dacă ținem cont de rata nonrăspunsurilor a subiecților

(fie că nu doresc să participe la evaluare, fie că nu sunt găsiți etc.), atunci numărul persoanelor stabilite pentru investigare este de 535 de persoane.

Strategii de construire a eșantioanelor statistice

Când ne propunem să putem generaliza concluziile obținute în urma studierii unui număr definit de subiecți este necesară alegerea unui eșantion probabilistic care presupune o selectare aleatoare a subiecților care vor fi consultați din întreaga populație. Această caracteristică a eșantionului conduce ceea ce se numește *reprezentativitate*, adică la capacitatea grupului de unități selectate pentru a fi studiate de a reprezenta calitățile populației totale, iar „aceasta [reprezentativitatea] este dependentă de mărimea eșantionului și de schema de eșantionare utilizată” (Mărginean, 2004, p. 141). Pentru a asigura șansa de a identifica eșantioane care să îndeplinească această condiție, evaluatorii programelor sociale utilizează mai multe strategii astfel încât rezultatele obținute să poată fi generalizată la nivelul populației cercetate, urmărind selectarea aleatoare a subiecților. „O procedură de eșantionare este aleatoare atunci când fiecare individ din populație are șansă calculabilă și nenulă de a fi ale în eșantion. Orice procedură care încalcă cel puțin una dintre aceste cerințe este neprobabilistică” (Rotariu, et. al., 2000, p. 91). De exemplu, dacă populația studiată, respectiv beneficiarii unui program de asistență socială, este reprezentată de familii ale copiilor cu dizabilități care primesc servicii de domiciliu de reabilitare și recuperare pe raza județului Suceava, alegerea eșantionului se va face ținând cont de faptul că aceste categorii au primit servicii, iar concluziile cercetării unui număr redus de familii selectate probabilistic sunt valabile doar la nivelul populației cercetate.

Eșantionarea simplă aleatoare

Eșantionarea simplă aleatoare poate fi aplicată în mai multe feluri, în funcție de numărul unităților din populația totală. În acest caz, fiecare unitate trebuie să aibă șanse egale pentru a fi selectată în eșantion. În cazul populațiilor cu un număr mic de unități, așa cum este cazul numeroaselor programe de asistență socială, se optează pentru alegerea la întâmplare a subiecților care vor fi incluși în eșantion print-o procedură foarte simplă; se trec numele beneficiarilor pe bilețele care se introduc într-o cutie, apoi se extrage primul bilet. Pentru a păstra aceleași șanse de a fi ales în eșantion, numele beneficiarului extras din cutie se trece pe o listă, după care bilețelul se introduce din nou în cutie, extrăgându-se în continuare după această procedură toți subiecții care vor face parte din eșantion. Dacă, de exemplu, numărul mamelor care au beneficiat de serviciile centrului maternal în cadrul unui program de prevenire a născutului și consolidarea relației mamă-copil în ultimii 3 ani a fost de 125 de mame și marja de eroare este de 10%, atunci numărul subiecților incluși în eșantion este de 56 de beneficiari; dacă dorim ca marja de eroare să fie de maxim 5 %, atunci trebuie să optăm pentru un eșantion format din 96 de subiecți. Să presupunem că acceptăm un eșantion care are o marjă de eroare de 10 %, atunci trebuie să realizăm acele bilețele cu numele mamelor, după care extragem 56; este important ca după fiecare extragere să reintroducem bilețelul în urnă.

Pentru aplicarea acestei strategii de eșantionare în cazul unei populații numeroase este dificil de urmărit selectarea subiecților extrăgând din urnă numele fiecăruia; de aceea, se apelează la selectarea subiecților folosind tabelele cu numere aleatoare, care cuprind suite de numere aleatoare și care pot fi utilizate în varianta tipărită a acestora sau prin selectarea automată utilizând computerul: „când se dorește realmente utilizarea practică, în mod riguros, e eșantionării simple aleatoare, e preferabil să se recurgă la un procedeu ce reproduce, în condiții aproape perfecte, exigențele matematice; este vorba de așa-numita procedură a *tabelelor cu numere aleatoare*” (Rotariu și Iluț, 1997, pp. 131-132). Un tabel cu numere aleatoare se prezintă astfel (asemenea tabele se găsesc în orice carte de statistică):

74531	56473	12346	98769	87564	43672	39827
56482	99321	54682	87499	69373	00021	44978
98760	84589	71187	73635	42421	65291	98400
64573	75401	63712	09800	03472	94747	51780
03876	81643	67273	45312	98121	45762	89234
59604	60023	85404	77982	74021	39740	09090
05671	59381	83927	01928	29384	38475	76849
98123	45891	23986	01928	92037	45450	37732
99775	19912	93452	74573	39318	72349	62319
90342	83201	25385	42973	66743	97482	92347
12439	64737	54729	93873	43652	38283	47829
54762	87478	39477	47645	62643	53783	78277

Tabel 1. Exemplu de tabel cu numere aleatoare utilizat în eșantionare

Pentru a utiliza tabelul numerelor aleatoare în selectarea unităților ce vor fi cuprinse în eșantion este necesară realizarea listei cu numele tuturor persoanelor din populația cercetată, după care se alege la întâmplare numerele din tabel, luându-se în considerare ultimele cifre ale fiecărui număr în funcție de numărul populației totale; dacă numărul beneficiarilor unui program de planificare familială este până la 1000 de persoane, atunci putem lua ca și număr de referință, ce corespunde în lista persoanelor, ultimele trei cifre ale numărului selectate; de exemplu, dacă a fost ales la întâmplare al doilea număr din coloana a cincea, respectiv numărul 69373, atunci în eșantion va fi aleasă persoana care figurează la numărul 373 din lista beneficiarilor. Un aspect important legat de utilizarea tabelelor cu numere aleatoare este legat de existența unor liste complete cu beneficiarii programului care se evaluează, cărora li se atribuie un număr; acest lucru este facil pentru că orice inițiator al unor programe de asistență socială are o bază de date cu toți beneficiarii programului, fiind o condiție esențială a finanțatorului și a unui management eficient, fiind parte importantă în sistemul de management al informației (*management of information system*). Mai dificil este în cazul programelor de intervenție care-și propun realizarea unor campanii de informare-educare-comunicare a populației dintr-o anumită zonă cu privire la unele aspecte legate de unele informații ce țin de campaniile de marketing social. De exemplu, dacă se urmărește educația populației tinere cu privire la riscurile sexului neprotejat, selectarea

unui eșantion utilizând tabelele numerelor aleatoare este inutilă, pentru că nu există informații detaliate ale membrilor grupurilor țintă cărora le sunt adresate mesajele.

Eșantionarea sistematică

Această procedură de eșantionare este considerată a fi *cvasialeatoare* pentru că „se îndepărtează într-o anumită măsură de cerințele selecției probabiliste” (Mărginean, 2004, p. 156). Numită și metoda pasului sau a intervalelor egale, acest tip de eșantionare presupune alegerea subiecților dintr-o listă utilizând un anumit criteriu rezultat din raportul dintre populația totală și mărimea eșantionului. De exemplu, dacă evaluăm un program de intervenție pentru persoanele de vârstă a treia fără locuință care beneficiază de serviciile oferite de un adăpost de noapte, iar numărul beneficiarilor în perioada de timp evaluată este de 2000, iar mărimea eșantionului pentru o eroare de 5 % este de 333 de persoane, atunci pasul sau intervalul este 6; utilizând lista beneficiarilor, alegem la întâmplare primul număr pe lista subiecților (care este pusă la dispoziție de către furnizorul de servicii care implementează programul), constituind punctul de plecare în selectarea celorlalți subiecți; după care continuăm selectarea celorlalte persoane urmărind acest interval, adică din șase în șase persoane trecute pe lista respectivă. Reducerea calității probabiliste a eșantionului selectat utilizând metoda pasului este datorată și de erorile care pot conduce la *sub* sau *suprareprezentare*, chiar dacă subiecții sunt trecuți în ordine alfabetică; există anumite nume caracteristice anumitor etnii sau poate apărea o dominanță a anumitor nume pe lista beneficiarilor. De aceea, pentru a apropia această strategie de eșantionare de una simplă aleatoare sunt utilizate mai multe căi, cum ar fi: realizarea inițială a unor liste aleatoare cu beneficiarii programului, sau în cazul populațiilor mari se utilizează *eșantionarea multistadială*, alcătuiind liste cu beneficiarii numai pe anumite zone stabilite inițial, selecția acestora făcându-se în funcție de zona de apartenență (în cazul nostru, poate fi făcută o selecție în funcție de domiciliul persoanelor), de sex etc. În procesul de selectare a subiecților urmând metoda pasului este utilă construirea unei rezerve de subiecți care pot fi consultați în situația în care o parte din eșantionul inițial nu poate fi contactată sau refuză să participe la evaluare. Mărginean (2004, p.156) consideră că o rezervă realistă poate fi gândită la un nivel 10-20% din valoarea eșantionului inițial.

Eșantionarea stratificată

Eșantionarea prin stratificare este o strategie care împarte populația care este inclusă în procesul de evaluare a programului (de exemplu, populația beneficiară a unui program sau populația țintă a unei campanii de informare-educare-comunicare) în diferite grupuri sau straturi în funcție de anumite caracteristici relevante pentru evaluarea respectivă (cum ar fi: sex, vârstă, locație etc.) după această operație se poate construi un eșantion probabilistic pentru fiecare strat în parte. Utilizarea acestei strategii de eșantionare este recomandată atunci când există diferențe semnificative între diferite straturi selectate în funcție de anumite caracteristici, cum ar fi vârsta. De exemplu, dacă

se evaluează un program care are ca scop reorientarea profesională a șomerilor dintr-o anumită zonă, construirea unor eșantioane probabilistice pe categoriile de vârstă, domiciliu etc. poate reprezenta o formă adecvată de selectare a subiecților în eșantion, mai ales dacă succesele / insuccesele programului sunt corelate cu vârsta beneficiarilor. Unii autori consideră că acest tip de eșantionare prezintă condiții pentru o reprezentativitate a eșantionului decât în cazul eșantionării simple aleatoare: „dintre două eșantioane de volum egal, cel realizat prin stratificare are o reprezentativitate superioară celei a eșantionului obținut prin tehnica simplă aleatoare” (Rotariu și Iluț, 1997, p. 134), dar o condiție importantă este aceea de a utiliza mai multe criterii simultane de construire a straturilor. În cazul programelor de asistență socială acest lucru este mai facil deoarece există liste cu beneficiarii programului, baze de date care cuprind anumite date ce pot folosi pentru construirea eșantioanelor stratificate. În exemplul prezentat mai sus, dacă numărul beneficiarilor este de 475 de persoane, mărimea eșantionului pentru o eroare de 5% este de 218 persoane, care poate fi distribuită în sugrupuri din care apoi vor fi selectați subiecții, ținând cont de faptul distribuția grupurilor în populația totală trebuie să fie reflectată în distribuția categoriilor respective în eșantion.

Vârsta	20-30 ani	31-40 ani	41-50 ani	51-60 ani	Total
Numărul beneficiarilor	180	145	90	60	475
% din total	37,9	30,6	18,9	12,6	100
Valoarea eșantionului	83	67	41	27	218

Tabel 2. Exemplu de construire a eșantionului stratificat în funcție de o singură caracteristică

Această strategie de selectare a subiecților care vor fi incluși în eșantion este utilizată deseori pentru evaluarea programelor care se desfășoară în mai multe locații, locația fiind unul dintre criteriile de selecție stabilite inițial. Un alt exemplu, dacă se evaluează efectele serviciilor de consiliere pentru prevenirea abandonului în maternitate a nou născutului și acest program se desfășoară în 4 locații, primul criteriu de selecție este locul de oferire a serviciilor; dacă în documentarea inițială pentru evaluare cunoaștem faptul că în numărul total de beneficiari, în cursul unui an (de referință pentru evaluarea respectivă) au beneficiat de servicii de consiliere în cele patru maternități un număr de 5000 de mame, iar repartitia lor a fost: 1700 de mame în maternitate A, 1300 de mame în maternitatea B, 1100 de mame în maternitatea C și 900 de mame în maternitatea D, iar eșantionul pentru toate cele patru locații este de 370 de persoane, eșantion cu eroare de 5 %, atunci repartitia mamelor va fi următoarea:

	Maternitatea A	Maternitatea B	Maternitatea C	Maternitatea D	Total
Nr. total de beneficiari	1700	1300	1100	900	5000
% din nr. total de beneficiari	34	26	22	18	100
Nr. de subiecți în eșantion	125	96	82	67	370

Tabel 3. Exemplu de construire a eșantionului stratificat pentru evaluarea multisite

Dacă ținem cont de recomandările conform cărora un singur criteriu nu este suficient pentru a obține o reprezentativitate ridicată, putem continua procesul de eșantionare combinând straturile din care este formată populația beneficiară. Astfel, dacă luăm în considerare și alte criterii, precum sex și domiciliu, tabelul cu valoarea eșantioanelor stratificate se va complica foarte mult, dar prezenta în detaliu tipurile de subiecți pe care-i vom selecta din lista tuturor beneficiarilor. De remarcat este faptul că prin calculul acestor eșantioane, la nivelul populației totale și dacă ținem cont de faptul că mărimile eșantioanelor pentru anumite grupuri sunt foarte mici, atunci se poate opta pentru redimensionarea eșantionelor de dimensiuni reduse.. Valoarea de 218 persoane în eșantion este considerată ca fiind reprezentativă pentru o eroare de 5 %, dacă populația investigată este analizată în ansamblu ei, pentru că dacă populația inclusă în evaluare este de dimensiuni reduse, atunci fie este investigată în totalitate utilizând tehnici cantitative de culegere a datelor, fie se pot utiliza strategii de eșantionare calitativă.

Eșantionarea multistadială

Această strategie de eșantionare urmărește realizarea selecției unităților de analiză în mai multe etape, pentru asigurarea unei eficiențe sporite în culegerea datelor, mai ales dacă este vorba de o dispersie ridicată a populației, „scopul principal îl constituie reducerea costului și timpului reclamate de culegerea informației” (Rotariu și Iluț, 1997, p. 136). Chiar dacă la prima vedere, această strategie de eșantionare seamănă cu cea stratificată, mai ales că unele criterii de selecție pot fi întâlnite în ambele forme de eșantionare, există deosebiri în ceea ce privește modalitățile de organizare și de selectare a subiecților. În primul caz este vorba de o împărțire a populației totale în funcție de anumite criterii și selectarea subiecților din fiecare subgrup construit, în cel de-al doilea este vorba de realizarea directă a unor eșantioane în funcție de anumite criterii ce i-au în considerare dispersia populației investigate. De exemplu, dacă urmărim să evaluăm serviciile oferite familiilor adoptatoare din România, în diferite etape ale adopției, în cadrul unui studiu național, putem avea două strategii diferite. În cazul *eșantionării stratificate*, putem selecta populația totală în subgrupuri în funcție de județul de domiciliu și / sau anul realizării adopției, calculăm repartitia acestora pe județe și pe ani, după care construim eșantioane aleatoare în cadrul fiecărui subgrup construit. Astfel, eșantionul propune o repartitie a persoanelor care vor fi chestionate la

nivelul fiecărui județ, în funcție și de anul realizării adopției. Pe de altă parte, dacă urmărim să realizăm această evaluare utilizând *strategia evaluării multistadiale*, datorită dispersiei mare a populației care urmează a fi cercetată, putem selecta câteva județe pilot care fac parte din eșantion, după care construim eșantioane locale în funcție de anul realizării adopției, de exemplu. Chiar dacă „un eșantion multistadial este mai puțin reprezentativ, la volum egal, decât unul simplu aleator... îndrăznim totuși să spunem că eficacitatea practică a acestui tip de eșantionare prevalează asupra inconvenientelor teoretice, eșantioanele multistadiale fiind extrem de des folosite în anchete și sondaje, pentru ameliorarea reprezentativității lor procedându-se aproape întotdeauna la îmbinarea cu eșantionarea stratificată...” (Rotariu și Iluț, 1997, pp. 136-137).

Eșantionarea multifazică

Eșantionarea multifazică presupune construirea unui eșantion inițial căruia i se aplică un instrument de culegere a datelor, de obicei foarte simplu, după care, în funcție de datele obținute sunt construite și alte eșantioane în cadrul grupurilor identificate, care sunt investigate în profunzime. „Eșantionarea multifazică constă în esență, în alegerea, inițial, a unui eșantion de dimensiune mare, la nivel căruia se aplică un instrument de cercetare mai simplu, eșantion care la rândul-i se supune unor operații succesive de eșantionare, determinându-se astfel loturi din ce în ce mai mici, cărora li se aplică (și) alte instrumente, de regulă tot mai complexe, mai subtile și deci mai sofisticate” (Rotariu și Iluț, 1997, p. 137). Această strategie de eșantionare este folosită în mod special pentru investigarea din ce în ce mai profundă a temei stabilite pentru evaluare, în mai multe faze, ținând cont de informațiile oferite de subiecți în diferite stadii de cercetare, și mai ales în ceea ce privește combinarea metodelor cantitative și calitative. De exemplu, dacă inițiem o evaluare la nivelul unui județ a unui program de asistență maternală pentru a evalua calitatea condițiilor de viață ale copiilor plasați în aceste familii și dificultățile cu care acestea se întâlnesc în procesul de integrare socială a copiilor putem constitui un eșantion la nivel județean care să reprezinte întreaga populație de asistenți maternali, după care aplicăm un chestionar care să culeagă informații generale despre condițiile de viață ale copiilor în asistență maternală. După analiza datelor obținute, se pot constitui eșantioane pe subgrupuri, care pot fi calculate în funcție de caracteristici ale copiilor, precum: subgrupuri de asistenți maternali formate în funcție de vârsta copiilor aflați în plasament, subgrupuri de asistenți maternali care au în plasament copii cu dizabilități, copii seropozitivi HIV, grupuri de frați etc. La acest nivel al subgrupurilor pot fi pot fi construite eșantioane calitative, iar persoanele alese în eșantion vor fi consultate utilizând tehnici calitative, cum ar fi interviul comprehensiv, focus grupul, observația etc. Dacă se introduc și alte criterii de selecție, precum perioada de ședere a copilului în familia de asistenți maternali, etapa de vârstă în cadrul ciclului de viață familial, atunci se poate opta pentru utilizarea studiului de caz în cadrul subgrupurilor construite. Eșantionarea multifazică poate fi considerată și un demers al evaluării, al organizării și realizării unei evaluări multifazice, constituind o orientare a evaluărilor în domeniul asistenței sociale.

Eșantionarea pe cote

Această strategie de eșantionare se aseamănă cu eșantionarea prin stratificare, în sensul că se utilizează anumite criterii de împărțire a populației, obținându-se indicații pentru operatorii de teren în ceea ce privește caracteristicile subiecților care vor fi consultați. Acest lucru face ca eșantionarea pe cote să fie considerată una nealeatoare în sensul că evaluatorii nu pot alege la întâmplare persoanele care vor fi consultate, ci trebuie să urmărească limitele pentru selecție stabilite în procesul de eșantionare. Dacă în eșantionarea prin stratificare, construirea eșantionului pe straturi avea rolul de a stabili numărul de subiecți pentru fiecare strat, după care în cadrul fiecărui strat era aplicată o metodă aleatoare de selecție, în cadrul eșantionării pe cote, fiecare categorie de persoane este bine definită, stabilindu-se în mod clar caracteristicile acesteia. În evaluarea programelor se utilizează strategia eșantionării pe cote pentru că furnizorul serviciilor evaluate dispune de date detaliate ale beneficiarilor, astfel se poate realiza selectarea acestora în funcție de repartitia pe cote a beneficiarilor. De exemplu, dacă pentru evaluarea unui program de educație sexuală și contraceptivă se optează pentru utilizarea unui eșantion pe cote și se cunoaște că din totalul beneficiarilor acestor servicii 70 % sunt femei și 30 % bărbați, iar 46 % sunt din mediul rural și 54 % din mediul urban, atunci structura eșantionului în funcție de aceste caracteristici este următoarea:

	Rural	Urban	Total
Femei	129	151	280
Barbati	55	65	120
Total	184	216	400

Tabel 4. Exemplu de construire a eșantionului pe cote pornind de la date primare

Dacă furnizorul de servicii deține informații detaliate despre repartitia pe sexe a beneficiarilor din mediul rural (72 % din beneficiari sunt femei și 28 % sunt bărbați), respectiv urban (68 % dintre beneficiari sunt femei și 32 % sunt bărbați), atunci structura eșantionului este următoarea:

	Rural	Urban	Total
Femei	133	147	280
Barbati	51	69	120
Total	184	216	400

Tabel 5. Exemplu de construire a eșantionului pe cote utilizând informații detaliate ale furnizorului

Observăm că cifrele din cele două tabele diferă, lucru care demonstrează încă o dată faptul că eșantionarea pe cote este recomandată mai ales atunci când dispunem de date detaliate ale populației care urmează a fi investigată. În cazul evaluării programelor, mai ales în cazul celor de servicii directe furnizorul de servicii deține

suficiente informații pentru a detalia eșanșionul, construindu-l în funcție de mai multe cote. Dacă ne imaginăm ca la tabelul de mai sus putem adăuga un alt criteriu de selecție, cum ar fi vârsta beneficiarilor, cu atât mai mult obținem o structură mai detaliată și condiții riguroase de selectare a subiecților din eșanșion. În cazul utilizării eșanșionării prin cote, operatorii trebuie să selecteze din populație doar persoanele care satisfac criteriile stabilite în fișa de eșanșionare. Astfel, în momentul în care acesta întâlnește persoane care nu mai satisfac cerințele eșanșionului, acestea nu mai sunt consultate pentru a oferi date în vederea analizei.

Strategii de construire a eșanșioanelor calitative

Patton (2002, pp. 230-246), autor de referință în domeniul evaluării programelor, identifică mai multe strategii pentru identificarea cazurilor de studiu calitativ în cadrul evaluării pe care le prezentăm în continuare: eșanșionarea pe baza cazurilor extreme sau deviate, eșanșionarea intensivă, eșanșionarea pe baza variației maxime, eșanșionarea omogenă,

Eșanșioane formate din cazuri extreme sau deviate

Opțiunile pentru alegerea cazurilor extreme sau deviate care “sunt bogate în informații pentru că sunt neobișnuite sau speciale într-o formă anume” (Patton, 2002, p.231) oferă posibilitate analizei și evaluării în vederea identificării modelelor de bună practică sau eșecurile și factorii care au determinat rezultatele. De altfel, analiza excepțiilor sunt deosebit de importante pentru analiză pentru că „o explicație plauzibilă pentru cazurile excepționale extreme și neașteptate produce creșterea încrederii în tendința centrală identificată” (King, 2005, p. 299). Patton subliniază rolul important al acestui tip de strategie pentru alegerea cazurilor în îmbunătățirea programelor similare: „, în evaluare, logica eșanșioanelor formate din cazurilor extreme este o ocazie de a învăța despre condițiile neobișnuite sau rezultatele extreme care sunt relevante pentru îmbunătățirea programelor” (2002, p. 233). Această modalitate de selectare a cazurilor poate fi utilizată atât la nivelul unei singure locații în care se desfășoară programul, cât și în cazul programelor care se desfășoară concomitent în mai multe locuri sau zone geografice. Dacă avem în vedere prima variantă în alegerea acestui tip de eșanșion și dorim să evaluăm un program de prevenire a abandonului copilului prin oferirea de servicii sociale în cadrul unui centru de zi, putem analiza cazurile extreme în ceea ce privește atingerea unui obiectiv al programului, respectiv menținerea copilului în familia sa biologică; vom lua în analiză cazuri considerate de succes, dar și cazuri caracterizate de eșec, adică situațiile particulare în care copii au ajuns într-o anumită formă de protecție.

În ceea ce privește alegerea cazurilor extreme și deviate din locații diferite, este necesară stabilirea criteriilor de selecție a acestora. De exemplu, pentru evaluarea programelor de prevenire a abandonului copiilor la nivel național pot fi alese județele extreme, cele cu numărul cel mai mare și cel mai mic de intrări în sistemul de protecție a copiilor. Astfel, utilizând acest criteriu, în urma consultării statisticilor oficiale pot fi

identificate județele cu cea mai mare, respectiv cea mai mică, rată de instituționalizare a copiilor sau a plasării în sistemul de asistență maternală. Evaluarea poate urmări identificarea strategiilor de prevenire a abandonului care au fost urmărite în fiecare dintre cele două județe selectate, analiza factorilor care au influențat obținerea rezultatelor extreme și răspunsurile oferite de sistemul de protecție la solicitările cazurilor sociale respective. După cum putem sesiza, alegerea cazurilor extreme oferă informații prețioase necesare modelării practicii în această sferă a serviciilor sociale. În analiza cazurilor extreme sau deviate de la medie pot fi utilizate mai multe strategii: a) pe de o parte, sunt analizate caracteristicile fiecărui caz în parte, factorii care au determinat succesul sau insuccesul, analiza modelelor de lucru și de intervenție, indicatorii și instrumentele utilizate în monitorizarea activităților, progresului și rezultatelor; b) pe de altă parte, analiza poate urmări stabilirea codurilor și a indicatorilor care sunt urmăriți în cele două cazuri specifice, studiul comparativ al similitudinilor și al diferențelor din perspectiva indicatorilor urmăriți.

Dacă, de exemplu, studiem eficiența managementului de caz în domeniul protecției copilului, măsurabilă în funcție de gradul de atingere a finalităților planurilor individualizate de protecție este necesară studierea statisticilor oficiale la nivel național în legătură cu realizarea acestor finalități. Astfel, stabilim unitatea de timp la care ne raportăm aceste date, apoi identificăm direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului cu cea mai mare și cea mai mică rată de reintegrare familială (aceasta pune în relație numărul de copii reintegrați familial cu cei existenți în sistemul de protecție a copilului), cu ratele extreme în ceea ce privește adopția copiilor abandonați și județele cu valori extreme ale ratei de integrare socioprofesională a tinerilor cu vârste peste 18 ani și care au părăsit sistemul de protecție. În urma acestei selecții, putem identifica șase zone în care vor fi aplicate diferite tehnici calitative de culegere a datelor, cum ar fi interviul, focus grupul, observația, analiza documentelor etc. și combinarea acestora conform principiului triangulării metodologice. În situația în care resursele financiare, umane sau de timp nu ne oferă posibilitatea analizei celor șase cazuri extreme identificate, atunci se poate opta pentru cazurile pozitive, respectiv cele cu rezultatele cele mai bune din țară în sfera reintegrării familiale, a adopției și a integrării socioprofesionale a tinerilor din sistemul de protecție a copilului. Această opțiune ne oferă posibilitatea de a identifica punctele tari ale practicilor personalului, ceea ce poate constitui un model care poate fi replicat și de alte instituții, fiind un factor de motivație atât pentru personalul care a participat la obținerea rezultatelor deosebite, cât și pentru cei din instituțiile care nu au fost incluse în eșantion.

În situația în care este dificil de a selecta cazurile extreme, pentru evaluarea programului se apelează uneori la cazurile deviate. Acestea reprezintă cazuri care variază mult față de media cazurilor și reprezintă unele cazuri neobișnuite; studierea acestor cazuri are anumite limite date de faptul că acestea pot fi considerate limite neobișnuite care au nevoie de anumite condiții speciale pentru a se manifesta, iar „succesele extreme sau eșecurile extraordinare pot fi discreditate ca fiind prea extreme sau extraordinare pentru a produce informații utile” (Patton, 2002, p. 234). Dincolo de aceste limite generate de caracterul extraordinar al cazurilor respective, studierea acestora ne poate ajuta să înțelegem, să descriem și să explicăm anumiți factori care participă la realizarea acestora.

Eșantioane intensive

O altă strategie de eșantionare este cea conform căreia sunt selectate cazuri care pot oferi date calitative necesare pentru evaluare practicilor și a rezultatelor programului. Patton consideră că acest tip de eșantionare „are aceeași logică a cazurilor extreme, dar mai puțin accentuată pe extreme; un eșantion intensiv consistă în cazuri bogate în informații care manifestă intens fenomenul de interes (dar nu extrem)” (2002, p. 234). Autorul menționează faptul că atunci când vorbim despre eșantion intensiv alegem cazuri exemplare, dar nu neapărat neobișnuite, așa cum sunt cele extreme sau deviante.

În situația în care nu dispunem de suficiente date pentru selectarea cazurilor extreme, putem apela la selectare unor *cazuri intensive*, cazuri specifice care ne pot oferi foarte multe informații relevante pentru programul evaluat. De exemplu, dacă sunt evaluate efectele pe care le are traiul copiilor în familii substitutive (de asistenți maternali), pot fi selectate cazuri specifice în funcție de diferite criterii relevante pentru identificarea acestor efecte, cum ar fi durata de ședere a copilului în familia substitutivă, existența sau nonexistența copiilor biologici în familia de plasament, etapa ciclului de viață în care se află familia de asistenți maternali, proveniența copilului aflat în plasament, numărul de plasamente consecutive ale copilului etc. Pentru selectarea cazurilor intensive este necesară cunoașterea detaliată a problematicii care urmează a fi evaluată și documentarea de tip explorativ în cadrul programului care urmează a fi evaluat, atât prin discuții și interviuri de tip comprehensiv realizate cu personalul implicat în implementarea programului, cât prin observații ale beneficiarilor și a interacțiunilor acestora cu personalul care le oferă servicii, interviuri și chiar focus grupuri. Deseori, acest tip de eșantion este utilizat în evaluările cu scop explorativ al programelor pilot pentru că informațiile și strategia cercetării este determinată de noutatea cazurilor studiate și profunzimea datelor obținute.

Eșantioane cu variație maximă

Această strategie de eșantionare analizată de Patton „are ca scop capturarea și descrierea temelor centrale care desconsideră distribuția mare a variației” (2002, p. 235) pentru că diversitatea mare a cazurilor poate constitui un impediment generat de acest caracter heterogen, dar acest dezavantaj poate fi transformat într-un punct forte, aplicând următoarea logică: „orice model obișnuit care apare dintr-o variație ridicată prezintă un interes și o valoare particulare în surprinderea esenței experiențelor” (Patton, 2002, p.235). În cazul evaluării programelor sociale care se desfășoară în mai multe zone geografice și prezintă o mare diversitate în ceea ce privește implementarea acestora se pune problema cum poate fi selectat un eșantion cu un număr redus de cazuri. Modalitatea de selectare a eșantionului pe baza variației maxime cea mai utilizată în evaluarea programelor este cea care urmează procedurilor de stabilire a unei matrici care cuprinde caracteristicile programelor în funcție de tematica abordată. Astfel, pentru evaluarea programelor prin care se oferă servicii la domiciliu pentru

copiii cu dizabilități se construiește o matrice care combină posibilitățile existente în derularea programului în diferite zone, cum ar fi: mediu rural / urban, tipul de dizabilități, categorii de servicii oferite copiilor și familiilor, costurile serviciilor oferite, frecvența cu care se oferă servicii, vârsta copiilor beneficiari etc., după care sunt selectate cazurile diferite în funcție de îndeplinirea criteriilor stabilite. Utilizarea acestui tip de eșantioane în evaluarea programelor cu un nivel ridicat de heterogenitate oferă posibilitatea analizei în profunzime a practicilor și rezultatelor cu un accent deosebit pe „descrieri detaliate ale fiecărui caz în parte care sunt utile în documentarea unicității” (Patton, 2002, 235) și care surprind aspectele semnificative ale modelelor dincolo de diversitatea acestora și diferențele dintre modalitățile diverse de desfășurare. Acest tip de eșantionare poate fi folosit pentru evaluarea programelor pilot sau a programelor de asistență socială în cadrul cărora se oferă servicii diferitelor categorii de beneficiari, dar nu există standarde elaborate de verificare a calității acestora. Un alt exemplu este cel al serviciilor la domiciliu pentru persoane de vârstă a treia care prezintă o mare diversitate în zone geografice diferite, multe dintre acestea desfășurându-se în funcție de resursele existente, de viziunea și filosofia programelor, de nevoile existente la nivelul comunității și de nivelul de cunoștințe a personalului implicat. Diversitatea modalităților practice de oferire a serviciilor la domiciliu pentru persoanele de vârstă a treia este și un rezultat al noutății acestei practici, de faptul că nu există încă standarde de lucru și nici o politică socială națională față de această categorie de beneficiari. Alegerea unor eșantioane calitative bazate pe variația maximă și analiza practicilor existente utilizând metoda studiului de caz pot constitui cu certitudine o etapă importantă de documentare pentru identificarea modelelor de bună practică necesare în elaborarea unor standarde minime de lucru valabile și acceptate la nivel național.

Eșantioane omogene

Acest tip de eșantionare se folosește pentru selectarea cazurilor similare având ca „scop descrierea în profunzime a subgrupurilor” (Patton, 2002, p. 235); astfel, atunci când evaluăm un program destinat unor categorii diferite de beneficiari, se construiește un eșantion format din mai multe subgrupuri omogene. De exemplu, dacă evaluăm un program de educație parentală apreciativă destinat diferitelor categorii de părinți, sunt selectați subiecți pentru fiecare categorie de beneficiari, părinți care au copii de vârstă mică, copii cu dizabilități, copii seropozitivi HIV, copii adoptați etc. Astfel, pentru fiecare categorie de beneficiari se pot organiza focus grupuri care să surprindă percepțiile participanților la grupurile de educație parentală apreciativă, studierea elementelor similare și a celor diferențiate în practica cursurilor, evidențierea efectelor pregătirii asupra părinților participanți la aceste programe de instruire și dezvoltare personală. Acesta strategie de evaluare utilizează cu precădere focus grupul care se adresează unor grupuri omogene de indivizi; un grad înalt de heterogenitate a grupului diminuează șansele de obținere a unor informații relevante, pentru că, în acest caz, interviul de grup prezintă riscul de a deveni un grup de discuții, grup de dezbateri etc.

Eșantioane formate din cazuri tipice

Selectarea cazurilor tipice se realizează în funcție de distribuția cazurilor, iar alegerea acestora se face cu scopul de a descrie caracteristicile tipurilor de cazuri care se încadrează în media normală a celor studiate. Așa cum am precizat, cercetarea eșantionanelor calitative urmăresc mai degrabă să descrie, să explice și să argumenteze modele de bună practică, decât să generalizeze datele obținute la nivelul populației investigate. Cazurile tipice selectate nu sunt identice cu cele extreme sau deviate sau cu cele caracterizate de o variație mare, ci sunt caracterizate de o frecvență ridicată în populația studiată. „Cazurile tipice pot fi selectate utilizând datele oferite de sondaje, analiza demografică a mediilor sau alte analize statistice care furnizează o distribuție normală a caracteristicilor prin care putem identifica cazurile medii” (Patton, 2001, p. 236). De exemplu, dacă se evaluează un program care urmărește încurajarea spiritului de la nivelul comunității în mai multe zone rurale, analiza datelor statistice oferite de furnizorul de servicii oferă posibilitatea selectării comunelor care pot constitui baza unor evaluări calitative de profunzime, ptând pentru anumite comunități în baza unor criterii prestabilite. În cazul nostru, după analiza statistică a datelor de la nivelul comunităților în ceea ce privește rata abandonului școlar datorită dezvoltării și implicării organizațiilor locale de femei și a consiliilor comunitare consultative, pot fi selectate comunele în care se înregistrează o rata medie de abandon; astfel, nu sunt selectate comunitățile în care a crescut rata de abandon sau cele în care aceasta a scăzut foarte mult. Ideea alegerii cazurilor tipice care se ordonează în funcție de criteriul mediei calculate. Pe de altă parte, o altă formă de selectare a cazurilor tipice este cea a utilizării consensului în alegerea acestora în funcție de recomandările persoanelor implicate în implementarea programului, sau de cele ale persoanelor cheie care cunosc programul. Indiferent de strategia utilizată pentru alegerea cazurilor tipice, acestea oferă informații bogate în ceea ce privește oportunitățile de a descrie și explica ceea ce se întâmplă în cadrul programului.

Eșantioane formate din cazuri critice

Studierea cazurilor critice reprezintă o altă modalitate de evaluare calitativă a programelor sociale, iar acestea „pot scoate în evidență o situație dramatică sau sunt, din anumite motive, în mod particular importante în orinea naturală a lucrurilor” (Patton, 2001, p. 236). Deseori se utilizează această strategie de eșantionare, așa cum afirmă Patton (2001) atunci când nu există suficiente resurse pentru evaluarea și se optează pentru studierea unui singur caz, acesta oferind suficiente informații pentru modul în care se desfășoară programul, iar recomandările făcute în urma evaluării pot constitui fundamentul unor schimbări profunde în ceea ce privește intervențiile propuse și argumentarea acestora: “un studiu de caz crucial se concentrează asupra unei observații în care variabilele independentă și dependentă trebuie să corespundă așteptărilor, pentru a putea convinge un specialist sceptic” (King, 2005, p. 299). De exemplu, dacă identificăm faptul că demararea unui proiect în anumite comunități locale ce urmărește

prevenirea și intervenția în cazurile de violență domestică nu se derulează conform planificării pentru că serviciile oferite nu sunt accesate de potențiali beneficiari, atunci analiza datelor ne poate oferi informații importante pentru derularea în continuare a programului, cum ar fi: strategia de informare a opiniei publice nu a fost realizată ținând cont de caracteristicile populației țintă, locația centrului care oferă servicii nu este cea mai adecvată, serviciile care se oferă nu sunt adaptate nevoilor potențialilor beneficiari etc. Acest model de analiză oferă explicații în ceea ce privește implementarea unor programe care de la început înregistrează eșecuri, cum ar fi unele cabinete de consiliere antidrog dezvoltate în anii 2002-2003 în cadrul inspectoratelor școlare, care după mai bine de un an nu aveau nici un beneficiar al acestor servicii oferite. Astfel, o evaluare calitativă a programului poate oferi informații relevante pentru direcționarea intervențiilor către prevenire, informare și comunicare, pentru redefinirea obiectivelor stabilite inițial. Cazurile critice păstrează această logică exprimată de Patton: „dacă se întâmplă aici, se poate întâmpla oriunde... sau dacă nu se întâmplă aici, nu se întâmplă nicăieri” (2001, p. 236). În concluzie, cazurile critice sunt cele care amenință derularea programului și obținerea rezultatelor sau cele care pot sublinia anumite rupturi în logica obișnuită a intervențiilor propuse inițial. Un alt exemplu, este cel legat de evaluarea gradului de integrare a serviciilor medicale și sociale de la nivel comunitar, prin stabilirea unor indicatori măsurabili care să reflecte acest lucru. Evaluarea condusă de cazurile critice înseamnă selectare unei comunități în care nu funcționează relații de colaborare între asistentul medical comunitar și cel social comunitar. Analiza relațiilor, a expectanțelor, a cadrului organizațional de lucru poate oferi informații utile pentru realizarea unor recomandări privind condițiile ce trebuie îndeplinite astfel încât cele două categorii profesionale să fie încurajate să colaboreze la nivel local. Identificarea unor cazuri critice în derularea programului reprezintă, din punctul nostru de vedere, o oportunitate pentru modificări profunde în ceea ce privește obținerea unor rezultate remarcabile în urma evaluării practicilor, contextelor și proceselor care condiționează și favorizează manifestarea unor asemenea cazuri critice.

Eșantioane în lanț (strategia „bulgărelui de zăpadă”)

Eșantionarea în lanț sau tehnica bulgărelui de zăpadă se referă la metoda de selectare a cazurilor de investigat pe baza recomandărilor subiecților consultați; astfel, fiecare persoană care a fost investigată recomandă alte persoane care vor intra în eșantion. Această strategie este utilizată mai ales atunci când nu sunt disponibile liste cu nume ale persoanelor din populația țintă, când fenomenul studiat prezintă o mare variabilitate sau când comportamentul studiat reclamă o anumită strategie de evitare a afișării identității datorată blamării respectivului comportament. Deseori se folosește această tehnică de estimare a populației consumatoare de alcool sau de droguri, atunci când se inițiază evaluări inițiale a unui fenomen social puțin cunoscut, cum ar fi prostituția sau fenomenul copiilor străzii. De exemplu, dacă se urmărește studierea comportamentelor prostituatelor dintr-un anumit oraș, se pornește pri identificarea unui număr restrâns de subiecți, urmând ca aceștia să indice alte persoane care pot fi consultate; în acest caz, eșantionul ajunge la saturație în momentul în care persoanele

recomandate pentru cercetare sunt deja pe lista evaluătorilor în urma recomandărilor anterioare. Iar repetarea numelor în lista persoanelor posibil de introdus în eșantion prezintă interes în ceea ce privește importanța persoanelor în rețeaua socială investigată. În general, furnizorii de servicii realizează liste/baze de date cu informații ale beneficiarilor acestor servicii și de aceea, selectarea subiecților poate fi realizată consultând aceste liste. Această tehnică de eșantionare este utilizată în evaluarea unor programe sociale, mai ales atunci când nu dispunem de lista completă a unor beneficiari ai serviciilor, iar evaluarea urmărește să identifice modul în care este perceput programul pornind de la posibili beneficiari.

Eșantioane raportate la standardele de calitate (*criterion sampling*)

În eșantionarea calitativă, Patton prezintă un caz particular al eșantionării raportată de standardele de calitate, pe care-l numește *criterion sampling*, iar logica acestui proces de selecție a cazurilor de cercetat în profunzime „este aceea de a revedea și de a studia toate cazurile care indică un criteriu predeterminat, o strategie comună a eforturilor realizate pentru asigurarea calității” (2002, p.238). De exemplu, dacă standardul serviciului de evaluare inițială a cazurilor sesizate către direcția generală de asistență socială și protecție a copilului este de a realiza acest lucru în maximum în 72 ore, iar dorința este de a studia ce se întâmplă în cazurile în care această cerință nu este îndeplinită, atunci putem selecta cazuri sesizate către această instituție și care nu au fost evaluate în perioada maximă de timp prevăzută de standarde, pentru a le studia în profunzime. O altă situație similară, în ceea ce privește utilizarea eșantionării raportată la standarde de calitate, poate fi surprinsă în exemplul următor: dacă ne propunem să evaluăm ce efecte a avut un program de informare și consiliere a mamelor pentru încurajarea alăptării la sân pe o perioadă minimă de 6 luni de la nașterea copilului, atunci putem identifica cazuri care nu au respectat această perioadă minimă, indiferent de motive. Selectarea acestor cazuri și cercetarea în profunzime a acestora pot furniza informații relevante în ceea ce privește calitatea serviciilor de informare și consiliere, date legate de unele practici privind distribuirea de lapte praf de către medicii din comunitate, referitoare la alți factori care au determinat întreruperea alăptării la sân a nou născutului etc.

Filosofia acestui tip de eșantionare a aceea de a înțelege cazurile critice care sunt bogate în informație pentru că ele conțin și pot arăta „slăbiciunile majore ale sistemului care devin ținte ale oportunității îmbunătățirii programului sau sistemului” (Patton, 2002, p. 238); astfel, dacă ne referim la exemplele de mai sus, atunci când măsurăm efectele și impactul asupra beneficiarilor a unor anumite servicii, cum sunt cele de informare și consiliere pentru încurajarea alăptării la sân, evaluarea programului respectiv poate oferi informații foarte utile pentru îmbunătățirea acestor servicii, pentru modificarea modalităților de distribuire, uneori exagerată, a laptelui praf, extinderea procesului de educație și informare la nivelul comunității etc. Această strategie de selectare a cazurilor, dincolo de identificarea punctelor slabe în oferirea unor servicii de

calitate, constituie în sine o importantă ocazie de a modifica condițiile și termenii în care sunt oferite aceste servicii.

Eșantioane formate din cazuri care confirmă sau infirmă ipotezele

O altă strategie de eșantionarea calitativă expusă de Patton este cea prin care sunt exploatate cazurile care confirmă sau infirmă ipotezele evaluării și care apar pe neașteptate în cursul culegerii datelor, fiind o ocazie „de a îmbogăți informațiile, de adăuga profunzime și credibilitate” sau „de a confirma regula” (2001, p. 239). Totodată, aceste cazuri sunt utilizate și pentru verificarea ipotezelor lansate de către informatorii cheie (*stakeholders*), de personalul implicat în derularea programului și / sau de către beneficiari. Alegerea, analiza și prezentarea cazurilor care confirmă sau infirmă ipotezele sunt foarte importante, mai ales că acestea pot „da greutate” concluziilor evaluării. În același timp, aceste cazuri sunt utilizate și pentru aplicarea crierului conformității în evaluare, adică a verificării dacă ceea ce se realizează este conform standardelor fixate în propunerea inițială a planului de intervenție. Deseori, în practica implementării proiectelor se întâlnesc interpretări diferite ale modului în care programul funcționează, ale gradului de îndeplinire a obiectivelor și de răspuns față de nevoile identificate, exprimate prin opinii diferite ale diferitelor categorii de persoane care sunt implicate în derularea proiectului; de aceea, informațiile furnizate de către beneficiari, informatori-cheie sau de către specialiștii implicați în program pot fi verificate prin triangularea surselor de date și analiza cazurilor urmărind și verificarea acestor opinii. Atunci când evaluăm, de exemplu, un program de servicii la domiciliu pentru persoanele de vârstă a treia și urmărim să identificăm practicile eficiente care conduc la creșterea calității acestor servicii, analizăm datele pe baza unor indicatori calitativi și cantitativi măsurabili, iar analiza unor cazuri poate fi direcționată de opiniile pe care le au beneficiarii despre calitatea acestor servicii. Astfel, putem identifica cazuri de beneficiari care consideră că serviciile primite sunt de calitate și atunci analizăm în profunzime ce face ca aceste servicii să fie considerate ca atare de către respectivul beneficiar, ce practici, interacțiuni, servicii au condus la această imagine și cum se confirmă această opinie prin confruntare cu datele obiective măsurate. În același timp, există și opinii contrare ale beneficiarilor, iar analiza acestor cazuri care infirmă ipoteza că sunt oferite servicii de calitate sunt analizate în detaliu pentru a surprinde elementele care generează nemulțumirea beneficiarilor. Analiza comparativă a celor două tipuri de cazuri, urmărind aceleași categorii analitice pot explica diferențele practicilor și contextelor în care se oferă servicii la domiciliu, iar recomandările evaluatorului cuprind indicații clare privind factorii care le generează.

Eșantioane teoretice și nivelul de saturație a eșantionului

Eșantionarea teoretică reprezintă o modalitate de construcție a unei teorii pornind de la studierea unui fenomen, dar fără a avea stabilit un număr determinat de subiecți, sau chiar fără a avea clarificată structura populației de investigat. Lansat de către Glaser și Strauss (1967), conceptul de eșantionare teoretică este reluat în 1998 de către Strauss și Corbin, proces care „este direcționat de logica și scopul celor trei tipuri de bază ale codării: *codarea deschisă*, *codarea axială* și *codarea selectivă*” (p. 205), fiind o formă de evaluare ghidată permanent de analiza comparativă. Acest tip de eșantionare este amintit și de Paillé considerând că aceasta „se realizează la început plecând de la categorii generate în cursul analizei. Îndată ce categoria începe să se repete în corpus, se pun în evidență diversele manifestări ale fenomenului reprezentat prin acea categorie” (1996/2002, pp. 144-145). Atunci când informația începe să se repete, fără a mai oferi un plus de informație despre categoriile urmărite în evaluare, se consideră că atinge un nivel de saturație care poate constitui finalizarea culegerii datelor. Alături de această caracteristică a saturației teoretice, Strauss și Corbin precizează că acest nivel este atins și atunci când relațiile dintre categorii au fost stabilite, armonizate și validate, iar categoria a fost construită astfel încât proprietățile și dimensiunile acesteia prezintă și argumentează variația (1998, p. 212). Analiza comparativă este utilizată și într-un alt tip de eșantionare teoretică, respectiv cea a *constructelor operaționale* (Patton, 2002, p. 238-239). Dacă evaluăm un program de consiliere a tinerelor mame pentru prevenirea abandonului nou născutului și plecăm de la teoria conform căreia în prima perioadă din viața nou născutului relația cu mama dezvoltă, inclusiv la mamă, un atașament puternic și reduce riscul de abandon, atunci putem realiza studii de caz cu mame și copiii lor în funcție de vârsta acestora pentru a studia ce efecte are menținerea copilului în familie asupra riscului de abandon și a modului cum acesta este influențat de relația de atașament. Constructele operaționale detaliază categoriile de analiză cuprinse în corpus-ul unei teorii, iar eșantionarea urmărește selectarea cazurilor care pot explicita una dintre aceste categorii ce prezintă interes pentru evaluarea programului.

Eșantioane calitative stratificate

În mod similar eșantionării stratificate probabilistice, conform căreia se construiesc eșantioane în cadrul eșantioanelor inițiale în funcție de anumite criterii dependente de obiectivele evaluării, și „eșantioanele stratificate sunt eșantioane în cadrul altor eșantioane” (Patton, 2001, p. 240), construite pe straturi omogene. De exemplu, dacă se urmărește evaluarea modului în care s-a schimbat situația copiilor ai căror părinți sunt plecați la muncă în străinătate în urma intervențiilor realizate în cadrul unui program de asistență socială se poate apela la selectarea cazurilor în funcție de anumite criterii care constituie straturi ale populației investigate. Acest lucru urmărește să atenueze diversitatea și variabilitatea ridicată a cazurilor, prin construirea unor eșantioane omogene centrată pe selectarea cazurilor ce satisfac anumite criterii;

straturile astfel selectate fiind dependente de criteriile de selecție folosite: a) locul în care trăiesc copiii, respectiv mediul rural sau urban, b) dacă este plecat un singur părinte, ambii sau singurul părinte care este unic susținător, c) dacă copilul se află în grija rudelor, a unor cunoștințe sau este plasat într-o formă de protecție și d) vârsta copilului; astfel cazuri sunt selectate în funcție de matricea ce combină aceste criterii. Așadar, pentru evaluarea programului care a oferit servicii copiilor părăsiți temporar de unul sau de ambii părinți, pot fi selectate cazuri de copii de vârstă școlară, din mediul rural a căror mamă a plecat la muncă în străinătate și cazuri similare din mediul urban; sau pot fi selectate cazuri ale copiilor care au fost plasați în sistemul de protecție a copilului, sau cazuri de copii care au rămas acasă cu bunicii, fără să existe o decizie din partea autorităților etc. Analiza cazurilor respective, compararea lor pe straturi oferă importante informații legate de efectele pe care le-a avut intervenția programului social asupra situației acestora. De remarcat și în acest caz este faptul că folosirea eșantioanelor calitative stratificate urmărește explorarea, descrierea modului în care diferiți factori au condus la modificări în situația beneficiarilor, fără a fi posibilă generalizarea concluziilor la nivelul populației totale studiate. Deseori, chiar criteriul referitor la tipurile de intervenție și asistență pot constitui fundamentul selectării unor eșantioane calitativ stratificate, fiind considerate ca și caracteristici ale grupurilor beneficiare de asistență.

Eșantioane calitative aleatoare

Chiar dacă la prima vedere pare o contradicție alăturarea termenilor *calitativ* și *aleator*, această strategie de selectare aleatoare a cazurilor care vor fi cercetate în profunzime apelând la tehnici calitative este utilizată în evaluarea programelor cu un buget redus și resurse limitate, sau în cazul cercetărilor calitative în domeniul social. Folosirea acestor tipuri de eșantioane pentru evaluare nu urmărește generalizarea concluziilor evaluării, ci creșterea credibilității acestor date în rândul decidenților: „scopul unui eșantion aleator de dimensiuni mici este credibilitatea, nu reprezentativitatea” (Patton, 2001, p. 241). Într-o cercetare întreprinsă de noi pentru evaluarea efectelor parentalității substituit asupra copiilor aflați în asistență maternală a fost utilizată această tehnică de selectare aleatoare a cazurilor care au fost studiate în profunzime. Astfel, din numărul total de asistenți maternali care aveau copii în plasament (aproximativ 1050 de copii) au fost realizate o liste cu numele tuturor asistenților maternali care aveau în plasament copii de vârstă mică, preșcolară și școlară, după care au fost selectate aleator cazuri pentru fiecare categorie de copii aflați în plasament (în total fiind studiate 30 de cazuri). Rezultatele obținute în urma analizei detaliate a cazurilor selectate oferă informații relevante legate de efectele parentalității substituit la diferite vârste ale copilului, dependente fiind de istoria personală a fiecărui caz în parte, de structura mediului domestic și cultura familială, fără a putea generaliza aceste. Un alt exemplu pe care îl considerăm util pentru clarificarea strategiei de eșantionare calitativă aleatoare poate fi considerat cel de evaluare a efectelor serviciilor de consiliere oferite familiilor pentru menținerea copilului în familie și reducerea riscului de separare a copilului de familia sa, în acest caz fiind vorba de un număr de

aproximativ 1200 de beneficiari anual; în acest caz, dacă urmărim să evaluăm și eficiența serviciilor de consiliere oferite de către mai mulți asistenți sociali, atunci selectarea cazurilor poate fi realizată și în funcție de listele individuale ale cazurilor instrumentate de fiecare asistent social, iar selecția aleatoare a unui număr redus de cazuri se face de pe fiecare listă în parte pentru a oferi posibilitatea de a analiza cazuri instrumentate de fiecare specialist în parte, urmărind aceleași categorii analitice în toate cazurile selectate. Chiar dacă nu oferă argumente pentru generalizarea concluziilor, acest tip de eșantioane oferă condițiile pentru creșterea încrederii și credibilității concluziilor și recomandărilor oferite.

Eșantioane formate din cazuri importante din punct de vedere politic

Uneori există interes pentru evaluarea unor programe pilot destinate experimentării unor noi servicii în anumite zone; de cele mai multe ori aceste programe pilot reprezintă și o sursă importantă de informații privind intervențiile, rezultatele și costurile implicate pentru atingerea obiectivelor propuse. Finanțatorii preferă să ofere fonduri pentru proiecte pilot și doresc ca experiența acumulată să poată fi replicată sau multiplicată în alte zone, fie prin oferirea altor fonduri, fie prin realizarea unor campanii de advocacy care au ca scop exploatarea experienței pozitive din cadrul programului și transformarea modelului de intervenție în politică publică. Pentru a reuși să convingă factorii decidenți în ceea ce privește schimbarea legislației, alocarea resurselor și construirea sau redimensionarea unor structuri instituționale, furnizorul de servicii pune la dispoziția acestora rezultatele evaluării programului pilot. Pe de altă parte, utilizarea eșantioanelor de acest tip au ca obiectiv și verificarea unor politici publice existente sau oferirea unor argumente suplimentare pentru propunerea de noi politici publice. „O variație a strategiei de eșantionare bazată pe cazurile critice implică selectarea (sau uneori evitarea) a locațiilor sau a unităților de analiză sensibile din punct de vedere politic” (Patton, 2001, p. 241)

Bibliografie

- Birckmayer, J.D., Weiss, C.H., 2000, “Theory-based evaluation in practice: what do we learn?”, *Evaluation review*, 24 (4), pp. 407-431.
- Chelimsy, E., 1978, “Differing perspectives of evaluation”, în Rentz, C. C. și Rentz, R. R. (eds.), *Evaluating Federally sponsored programs: new directions for program evaluation 2*, pp. 19-38, Jossey-Bass, San Francisco.
- Chen, H.T., 1990, *Theory-driven evaluation*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Chen, H.T., Rossi, P.H., 1983, “Evaluating with sense: the theory-driven evaluation”, *Evaluation Review*, vol. 7, pp.283-302.
- Cojocaru, Ș., 2005, *Metode apreciative în asistența socială. Ancheta, supervizarea și managementul de caz*, Polirom, Iași.

- Cojocaru, Ș., 2006, Proiectul de intervenție în asistența socială. De la propunerea de finanțare la planurile individualizate de intervenție, Polirom, Iași.
- Cooksy, L.J., Gill, P., Kelly, P.A., 2001, „The program logic model as an integrative framework for a multimethod evaluation”, *Evaluation and Program Planning*, vol. 24, pp. 119-128.
- Cooksy, L.J., Gill, P., Kelly, P.A., 2001, „The program logic model as an integrative framework for a multimethod evaluation”, *Evaluation and program planning*, vol. 24, pp. 119-128.
- Crowley, K.M., Yu, P., Kaftarian, S.J., 2000, “Prevention actions and activities make a difference: a structural equation model of coalition building”, *Evaluation and Program Planning*, vol. 23, pp. 381-388.
- Doherty, J.E, Rispel, L.C, 1995, „From conflict to cohesion: involving stakeholders in policy research”, *Evaluation and Program Planning*, vol. 18, no. 4, pp. 409-415.
- Glaser, B., Strauss, A., 1967, *The discovery of grounded theory*, Aldine Publishing, Chicago.
- Hahn, T., Lavery, T., Stevenson, P., 2006, *Enhancing and evaluating local juvenile justice systems in Illinois: an evaluation manual*, http://www.jrsa.org/jjec/state_info/reports/illinois-evaluation-manual.pdf, decembrie 2006.
- Isaac, S., Michael, W.B., 1981, *Handbook in research and evaluation*, 2nd edition, Edits Publishers, San Diego.
- King, R.F., 2005, Strategia cercetării. Treisprezece cursuri despre elementele științelor sociale, Polirom. Iași.
- Krogsrud Miley, K., O’Melia, D., DuBois, B., 2004/2006, *Practica asistenței sociale. Abordarea participativă*, Polirom, Iași.
- Love, A.J., Russon, C., 2000, “Building a worldwide evaluation community: past, present and future, *Evaluation and Program Planning*, vol. 23, pp. 449-459.
- Mărginean, I., 2004, Proiectarea cercetării sociologice, Polirom, Iași.
- Mățăuan, G., 1999, *Evaluarea programelor sociale*, Expert, București.
- Miftode, V., 2002, *Tratat de metodologie sociologică*, Lumen, Iași.
- Paillé, P., 1996/2002, „Eșantionare teoretică”, Muchielli, A., *Dicționar al metodelor calitative în științele umane și sociale*, Polirom, Iași, pp. 144-145.
- Papineau, D., Kiely, M.C., 1996, „Participatory evaluation in a community organization: fostering stakeholder empowerment and utilization”, *Evaluation and program planning*, vol. 19, pp. 79-93.
- Patton, M.Q., 1988, „The evaluator’s responsibility for utilization”, *Evaluation Practice*, vol. 9(2), pp. 5-24.
- Patton, M.Q., 2001, *Qualitative research and evaluation methods*, 3rd edition, Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Patton, M.Q., 2002, *Qualitative research and evaluation methods*, 3rd edition, Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Rossi, P.H., Freeman, H.E., 1993, *Evaluation. A systematic approach*, 5th edition, Sage Publications, Newbury Park, California.
- Rotariu, T., (coord), Bădescu, G., Culic, I. Mezei, E., Mureșan, C., 2000, *Metode statistice aplicate în științele sociale*, Polirom, Iași.

Rotariu, T., Iluț, P., 1997, *Ancheta sociologică și sondajul de opinie. Teorie și practică*, Polirom, Iași.

Scriven, M., 1967, *The methodology of evaluation*, Rand- McNally, Chicago.

Smith, M.F., 1983, *Sampling considerations in evaluating cooperative extension programs*, Florida Cooperative Extension Service, Gainesville, Florida.

Stake, R.E., 1967, „Countenance of educational evaluation”, *Teachers College Records*, vol. 68, pp. 523-540.

Strauss, A., Corbin, J., 1998, *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*, Sage Publications, Thousand Oaks, California.

Stufflebeam, D.L., 1983, „The CIPP model for program evaluation”, în Madaus, G.F., Scriven, M.S., Stufflebeam, D.L., *Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation*, Kluwer, Hingham, pp. 117-141.

Taylor-Powell, E., 1998, „Sampling”, *Program development and evaluation*, Cooperative Extension, University of Wisconsin Extension, Madison, Wisconsin, pp. 1-10.

Taylor-Powell, E., Steele, S., Douglass, M., 1996, „Planning a program evaluation”, *Program development and evaluation*, Cooperative Extension, University of Wisconsin Extension, Madison, Wisconsin, pp. 1-20.

United Way of America, 1996, *Measuring program outcomes: a practical approach*, Alexandria, Virginia, SUA.

Weiss, C.H., 1972, *Evaluation research: methods of assessing program effectiveness*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.

Weiss, C.H., 1997, „How can theory-based evaluation make greater headway”, *Evaluation Review*, Vol. 21 (4), pp. 501-524.

Westat, J. F., Frierson, H., Hood, S., Hughes, G., Katzenmeyer, C., 2002, *The 2002 user friendly handbook for project evaluation*, The National Science Foundation, Directorate for Education and Human Resources, Division of Research, Evaluation and Communication, Arlington.

INTRODUCERE ÎN PROBAȚIUNE

Prof. dr. Doina BALAHUR

CUPRINS

I. Justiția restaurativă. Mutații în paradigma penală a modernității

- 1. De la paradigma retributivă a pedepsei la justiția restaurativă**
 - 1.1. Alternativele la sistemul justiției formale: Justiția Restaurativă**
 - 1.2. Perspectiva paternalistă asupra pedepsei**
 - 1.3. Legitimitatea ca sursă a respectului pentru lege**
 - 1.4. "Efectul vecinătății" și respectarea legii. Norme și proceduri informale versus norme și proceduri formale**
 - 1.5. Declinul rețelelor asociaționale. Autonomie versus nesiguranță**

II. De la supravegherea în comunitate a persoanelor care au comis fapte penale la asistența și protecția victimelor infracțiunii

III. Standarde socio-juridice internaționale în materia sancțiunilor neprivative de libertate. Tratatamentul internațional al delincvenței juvenile

- 1. Considerații asupra justiției juvenile**
 - 1.1. Justiția juvenilă în legislația internațională**
 - 1.2. Modele de justiție juvenilă**
- 2. Protecția drepturilor copiilor care au comis fapte penale în legislația Internațională**
 - 2.1. Rolul Dreptului Internațional al Drepturilor Omului în reglementarea măsurilor neprivative de libertate în legislațiile penale naționale**

- 2.2. Norme, valori și principii prezente în documentele internaționale în materia Drepturilor Omului cu privire la sancțiunile neprivative de libertate. Reglementări normativ-juridice elaborate și adoptate în sistemul Națiunilor Unite.**
- 2.3. Tratatamentul socio-juridic al copiilor care au comis infracțiuni. Principii, valori și norme elaborate în sistemul Națiunilor Unite**
- 2.3.1. Justiția juvenilă : standarde elaborate în sistemul Națiunilor Unite**
- A.) *Reguli și Standarde Minime ale Națiunilor Unite cu privire la Administrarea Justiției Juvenile***
 - B.) *Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului***
 - C.) *Regulile Națiunilor Unite pentru Protecția Minorilor Privați de Libertate***
 - D.) *Reguli și standarde minime ale Națiunilor Unite cu privire la sancțiunile***
 - E.) *Ghidul Națiunilor Unite cu privire la prevenirea delicvenței juvenile (Ghidul de la Riyadh)***
- 2.3.2. Implementarea standardelor Națiunilor Unite cu privire la justiția juvenilă în statele aflate în tranziție**
- 3. Reglementarea sancțiunilor neprivative de libertate în sistemul european al drepturilor omului**

I. Justiția restaurativă. Mutații în paradigma penală a modernității

1. De la paradigma retributivă a pedepsei la justiția restaurativă

Modernitatea a instituționalizat rezolvarea conflictelor prin apelul la sistemul formal al justiției deservit de *profesioniști* ai dreptății care, în mod *imparțial* și după *proceduri neutre*, decid asupra vinovăției și stabilesc sancțiuni, cu convingerea, atent cultivată, că înfăptuiesc Justiția (Dreptatea).

Funcționând pe principiul puterii conferite ele pedepsesc în numele STATULUI și al LEGII, fapta (infracțiunea sau delictul) fiind considerată un act de nesupunere față de autouterminalul actor fără chip care observă-știe-află tot (statul).

Construită pe idealul raționalității și al moralizării, modernitatea a propus un model de om *disciplinat*¹ produs printr-un arsenal de tehnici instituționalizate de sociere ierarhizată, supravegheată și controlată. Rezultatul modelării, *bunul cetățean*, moralizat și responsabilizat printr-o construcție laborioasă, trebuia să fie un actor care se auto-controlează, în primul rând, prin intermediul normativității interiorizate.

Abaterea de la lege a fost percepută în toată modernitatea ca „*un atac la proiect*” - și tratată, în consecință, în termenii *anormalității* (anomie, alienare, nebunie) și sancționată ca atare. În materie penală, *revolta* față de neobservare este maximă deoarece infracțiunea subminează și pune sub semnul întrebării chiar proiectul major al lumii moderne *omul rațional care ascultă de lege din convingere interioară*. Infractorul este *inamicul (agresorul) din interior* al proiectului. Așa cum în conflictul cu un inamic extern reacția (statului) este, de regulă, una agresiv-punitivă, și față de cei care subminează din interior răspunsul trebuia să fie unul retributiv.

¹ În modernitatea timpurie sensul disciplinării prin educație este de „...a modela mințile elevilor, de a le inculca virtuți.....și de a folosi puterea de a pedepsi în scopul salvării sufletelor lor, datorie pentru care dascălii erau responsabili în fața lui Dumnezeu” P.Aries (1996), *Centuries of Childhood*, Pimlico, London, p.242-243;

Privită din această perspectivă, în modernitate, închisoarea (privare de libertate) poate fi considerată drept o „instituție vestigială” (L.Stone) care, „este chiar mai puțin folositoare în menținerea sistemului decât un apendice pentru individ”². Ca probă a culpei, imperfecțiunilor și, în final, a eșecului sistemului - este o *instituție de scoatere înafara memoriei*. Rostul ei, descris exemplar de M.Foucault³, este de a relua sistematic, în locuri cât mai ferite de ochii publicului, opera de re-modelare a bunului cetățean, de re-educare și corecție etc. În ce privește efectele, rezultatele cercetărilor socio-juridice realizate în ultimul secol evidențiază, în mod constant, efectele criminogene ale închisorii⁴.

1.1. Alternativele la sistemul justiției formale: Justiția Restaurativă

Reorientarea de la infractor la victimă, în special în ultimul deceniu, înseamnă mai mult decât o schimbare a ordinii de priorități. Ea este unul dintre efectele vizibile ale *deregularizării lumii moderne* (D.Garland), a abandonării marilor narațiuni ale modernității, între care retorica “cetățeanului bun”.

Ca formă alternativă de rezolvare a conflictelor, practica justiției restaurative a tins să fie prezentată de partizanii săi drept soluția pozitivă la toate nemulțumirile și problemele ridicate de sistemul tradițional al justiției formale. Într-un sistem polar de alternative, justiția formală este cea “rea” iar justiția restaurativă cea “bună”. Utilă, așa cum remarcă unii autori⁵, pentru promovarea justiției alternative, o asemenea perspectivă maniheistă poate conduce la un optimism, practic neconfirmat empiric decât într-o anumită măsură. Un astfel de optimism, căruia i se contrapune rata constantă sau chiar crescută a recidivismului și în cazurile de mediere, poate conduce cu ușurință la alterul său și la abandonarea prematură a unui proiect social care poate avea, într-adevăr, multe efecte pozitive.

Privită cu realism, analizată prin prisma rezultatelor unor studii și cercetări - desfășurate în diferite spații culturale, pe diferite tipuri de conflicte, cu diferite tipuri de actori sociali- justiția restaurativă nu trebuie privită altfel decât este – o *alternativă la sistemul justiției formale*. Ea aduce cu sine posibilitatea depășirii unor limite ale justiției formale

² Stone, Lawrence (1987) : *On the Past and the Present Revisited* , London, 1987, p.10 citat în David Garland *Punishment and Modern Society* , University of Chicago Press, 1993, p.5

³ Foucault, M (1997) *A supraveghea și a pedepsi. Nașterea închisorii* , Buc., Ed,Humanitas

⁴ Vezi, D.Balahur (2001) *Fundamente Socio-juridice ale Probativității* , Ed.Bit

moderne, fără însă a putea rezolva la modul “absolut” problema, infracționalității și a recidivei.

Opțiunea actuală pentru justiția restaurativă este unul dintre efectele deregularizării lumii moderne, a ascensiunii și vizibilității pluralismului și diversității a dorinței, refulată în toată modernitatea, de a apropia actul “dreptății” operat în instanță de viață și de cei care au fost direct afectați de conflict.

Nu trebuie să cădem în “păcatul” modernității de a prezenta ca “infailibilă” o formă de justiție, cel puțin mai umană, care își propune să întrerupă cercul furiei, urii și prin asta, poate, și al violenței. Este o formă de justiție mai apropiată de oamenii concreți care trăiesc, de regulă, în aceeași comunitate.

Intervențiile, aprecierile și dezbaterile asupra Justiției restaurative se raportează adeseori la articolul lui Niels Christie, *Conflicts as Property* (1977), apreciat ca fiind unul „dintre cele mai influente texte ale tradiției restaurative actuale” (J. Braithwaite). Pledoaria lui Christie este în favoarea unor instanțe informale, comunitare, centrate pe victimă -după modelul rezolvării conflictelor în societățile pre-moderne. Ideea lui este ca rezolvarea conflictului (penal) prin apel la sistemul formal al justiției a reprezentat „confiscarea conflictului” de la adevărate părți implicate victimă – infractor-comunitate. Dacă privim lucrurile din perspectiva modernității, nu se poate vorbi de „confiscarea” conflictului, ci, mai degrabă, de faptul că, în temeiul contractului social, statul a devenit, în calitate de *garant general al drepturilor și libertăților*, unicul titular al dreptului de a soluționa conflictul și de a pedepsi, pe baza unor proceduri care s-au pretins *obiective, impersonale și imparțiale*. Birocratizarea, profesionalizarea sistemului de rezolvare a conflictelor și de aplicare a pedepselor a fost concepută în toată modernitatea, așa cum observăm mai sus, ca una dintre condițiile fundamentale ale ordinii morale și juridice ale societății, ca modalitate de îndeplinire a unui ideal ce ține de justiția socială. De fapt, modernitatea a presupus că „face justiție” sancționând încălcările. Însă, chiar și în cele mai generoase și umaniste încercări (probațiunea welfar-ista) a considerat că „îndreaptă”, corectează lucrurile pedepsind. Victima individuală – nu exsta, și, nici nu avea cum să existe. Conflictul, și în special conflictul penal a fost tratat ca un act *împotriva tuturor cetățenilor*, a întregii societăți - împotriva statului.

Suspiciunea că Statul își extinde prerogativele acordate în temeiul contractului, în scopuri mai puțin, sau chiar deloc licite – control, supraveghere, înlăturarea persoanelor incomode (dizidenți, contestatari etc)- că folosește închisoarea ca laborator de experimentare a unor tehnici de manipulare, tortură, etc s-a instalat treptat, pe măsură ce s-au acumulat din ce în ce mai multe dovezi.

Întrebarea care se pune rămâne este – dacă mai pedepsim și dacă da, cum și în ce temei?

1.2. Perspectiva paternalistă asupra pedepsei

Ca alternativă la sistemele suprapenalizate, fondate pe "*o filosofie a răzbunării*", o serie de studii readuc în actualitate o teorie a pedepsei bazată pe *căință*. Originea acestei teorii se află în gândirea platoniană. În condițiile creșterii constante ale ratei infracționalității interne și internaționale, ea a fost multă vreme considerată inaplicabilă. Filosofia sa se îndepărtează de la sistemul metodelor tradiționale de pedepsire, care sunt atât de brutale⁶ încât atât căința cât și reintegrarea comunitară sunt nu numai improbabile dar și imposibile. Pe de altă parte, multe sisteme actuale de sancționare sunt considerate excesiv de penalizate, tratând uneori cu un exces absurd o serie de fapte al căror caracter ofensator este cel puțin îndoielnic. În literatura socio-juridică este des invocat exemplul homosexualilor. În timp ce în unele legislații o asemenea faptă nu este incriminată, în altele, ea este sancționată cu pedeapsa privativă de libertate până la 20 de ani.

În termenii teoriei paternaliste pedeapsa trebuie înțeleasă "ca un act de comunicare între comunitate și persoana care a încălcat una dintre normele împărtășite de comunitate".⁷ Pedeapsa comunică răufăcătorului o judecată de valoare a comunității, care apreciază că cel puțin temporar, nu mai este acceptată participarea sa deplină la viața grupului. În consecință, infractorul trebuie să suporte sancțiunea separării de comunitate ori a restrîngerii vieții sale comunitare, suferința acestei despărțiri sau limitări temporare. El trebuie să *realizeze justetea* acestui act și să încerce *reconcilierea* cu comunitatea. "Cu alte cuvinte - observă J.Murphy- se speră ca penitența coercitivă să se transforme într-o penitență voluntară. Penitența voluntară este un act sincer de reafirmare a atașamentului față de valorile unei comunități -un act care va permite răufăcătorului să fie din nou binevenit și reintegrat în viața comunității."⁸

Filosofia perspectivei paternaliste asupra pedepsei este opusă celei practicate de sistemele represive, în cadrul căreia accentul cade pe infractor și pe obligația acestuia de a suporta privațiuni intense, astfel încât altă dată, "să se gîndească de două ori dacă mai comite o astfel de faptă" (Herbert Fingarette). În *concepția paternalistă*, pedeapsa este

⁶ Ernie Thomson (1997) "Brutalization Effect of the Death Penalty and Imprisonment" Homicide Studies, Vol.1, No.2, pag.87

⁷ Jeffrie G.Murphy (1995) "Crime and Punishment : Where does Repentance Fit?" in Responsive Community. Rights and Responsibilities. Vol.5, Issue 4, pag.19

⁸ ibidem

benefică pentru individ deoarece separarea de comunitate - dacă este o comunitate dreaptă și decentă - este un adevărat rău, iar reintegrarea un adevărat bine pentru el. "Privarea de libertate - observa, R.A.Duff- sprijină acest bine deoarece crează posibilitatea și stimulează *autoexaminarea-reflexivă* care, cel puțin la modul ideal, induce căință și auto-reformare."⁹ Auto-examinarea reflexivă poate fi, de asemenea, stimulată și de alternativele la pedeapsa privativă de libertate cum ar fi munca în favoarea comunității, libertatea supravegheată, restituirea, probatiunea, etc.

Susținătorii acestei teorii consideră că domeniul cel mai potrivit pentru aplicarea sistemului paternalist de pedepse este delicvența juvenilă. "Minorii infractori, apreciază J.Murphy, sunt probabil mult mai deschiși la schimbările radicale de comportament decât adulții. Este mult mai probabil pentru adolescenți să se simtă pedepsiți prin separarea de comunitate și de familia lor deoarece este mai puțin probail ca ei să fie la fel de alienați ca adulții."¹⁰ S-a observat, de asemenea, că procedura pronunțat informală a instanțelor pentru minori favorizează utilizarea forței empatiei pentru reconstrucția sentimentului de apartenență la comunitate, ceea ce procedurile formale și abstracte n-ar permite.

Structurându-se ca alternativă la filosofia sistemelor retributive de sancționare a comportamentului infracțional, perspectiva paternalistă consideră că pretenția la căință trebuie adresată nu numai infractorului ci și comunității. "Prin abuzurile, discriminarea și neglijența practicate, comunitatea generează un mediu social care subminează dezvoltarea unui comportament virtuos și face foarte tentantă infracțiunea - atât de tentantă încât cei mai mulți dintre noi ar rezista cu foarte mare greutate în situații similare."¹¹ Reprezentanții paternalismului nu pledează pentru exonerarea infractorilor de răspundere pe motiv că ar aparține unor grupuri discriminate, abuzate sau marginalizate. Ei sunt vinovați, responsabili și deci nu trebuie priviți doar ca victime. "Dar - subliniază J.Murphy - responsabilitatea lor este uneori împărțită cu a multora dintre noi, din mai vasta comunitate. În aceste cazuri, ni se poate cere și nouă, în mod legitim, căință și regret - atitudini ale minții care ne feresc să vedem în infractori persoane care sunt total diferite de noi și ne moderează tendința de a le răspunde cu brutalitate, infatuare și dispreț.



⁹ R.A.Duff (1998) "Punishment and Repentance" Future Research Quarterly 12, Nr.8, pag .34

¹⁰ J.Murphy, lucr.cit.pag.21

¹¹ ibidem pag.23

1.3. Legitimitatea ca sursă a respectului pentru lege

Motivația pentru respectul acordat legilor și deciziilor pronunțate de instanțe a constituit una dintre temele predilecte ale cercetării socio-juridice. Modelele explicative tradiționale, structurate în jurul așa numitului "mit al interesului propriu"¹², considerau că respectul față de lege este motivat de teama de sancțiune și de câștigurile sau pierderile personale. În ce privește hotărârile instanțelor, de exemplu, s-a considerat că oamenii sunt nemulțumiți de deciziile nefavorabile, de costurile ridicate sau de durata prea mare a proceselor.

Cercetări interdisciplinare recente au pus însă în evidență un set diferit de motive care se îndepărtează de explicația tradițională. Un prim indicator identificat de aceste studii este "*sentimentul moral*". Respectul față de lege este puternic influențat de *sentimentul moral*, de ceea ce este perceput ca drept și legitim într-o anumită situație. "Oamenii - observa **T.Tyler** - se întreabă dacă autoritățile sunt legitime și dacă trebuie să se conformeze deciziilor lor. Aceste aprecieri legate de legitimitate influențează mai puternic comportamentul cetățenilor decât probabilitatea de a fi pedepsiți dacă încalcă legile."¹³

Odată cu evidențierea acestui temei motivațional alternativ, s-a repus în discuție și *eficiența strategiilor de suprapenalizare, fundamentate de perspectiva tradițională a respectului legii din teama de sancțiunile la care te expui în caz de neobservare*. În acest sens, cercetările socio-juridice și criminologice au evidențiat că o creștere a severității pedepselor - reintroducerea pedepsei cu moartea sau a detenției pe viață - are o influență neglijabilă supra comportamentului infracțional și nu constituie un mijloc eficient de control și stopare a criminalității. Un studiu recent realizat în SUA¹⁴ sublinia că strategiile de suprapenalizare și de aplicare a pedepsei cu moartea nu contribuie la reducerea ratei infracționalității. Dimpotrivă, datele statistice arată că rata criminalității, în statele în care se aplică pedeapsa cu moartea, este mai ridicată decât media națională, și mult mai ridicată față de statele în care pedeapsa cu moartea se pronunță doar în mod excepțional sau este interzisă.

¹² Tyler, T.R (1990) "Why People Obey the Law : Procedural Justice, Legitimacy, and Compliance, New Haven, CT: Yale University Press, p.5

¹³ Tyler, T.R (1998) "Beyond Self-Interest : Why People Obey Laws and Accept Judicial Decisions" in The Responsive Community. Rights and Responsibilities", Vol.8, Issue 4, pag.44.
ibidem pag.45

¹⁴ Bailey, W; Peterson, R (1994) "Murder, Capital Punishment and Deterrence : a Review of the Evidence and an Examination of Police Killings" Journal of Social Issues No. 53, pag.71

O a doua dimensiune care influențează respectul față de legi și deciziile instanțelor, identificată studiul lui Tyler, este *"obiectivitatea procedurilor folosite de instanțe în rezolvarea conflictelor."*¹⁵ Procedurile lipsite de obiectivitate generează neîncredere în sistemul juridic în ansamblul său, conducând la slăbirea respectului față de legi. În studiul amintit, sociologul american identifica *patru factori* care influențează aprecierea asupra obiectivității procedurilor folosite de instanțe în soluționarea conflictelor :

- a.) posibilitatea de a susține cazul în instanță;
- b.) demnitatea și respectul acordate persoanei în instanță;
- c.) imparțialitatea, onestitatea și principialitatea de care dau dovadă autoritățile judiciare în deciziile pe care le adoptă;
- d.) atitudinea de bunăvoință și grijă de care dau dovadă autoritățile judiciare implicate în soluționarea conflictului.¹⁶

Studiul lui Tyler a pus, de asemenea, în evidență corelația dintre cele două dimensiuni implicate în respectul față de legi, respectiv, între *obiectivitatea procedurală* și *legitimitatea autorităților publice*. "Oamenii sunt înclinați să privească autoritățile ca legitime dacă acele autorități își exercită puterea în modalități obiective, neutre. În același timp, acțiunile autorităților care sunt deja percepute ca legitime vor fi, mai probabil, apreciate ca obiective și respectate."¹⁷

1.4. "Efectul vecinătății" și respectarea legii. Norme și proceduri informale versus norme și proceduri formale

Într-un cunoscut eseu "Bowling Alone, Revisited"¹⁸ Robert D.Putnam observa că performanța instituțiilor sociale este puternic influențată de norme și rețelele informale ale angajamentului civic. În domeniul educației, notează Putnam, cercetările, au descoperit că școlile cu rezultate bune nu sunt deosebite de altele numai prin structura planurilor de învățământ sau calitatea profesorilor ci, și în primul rând, prin integrarea și sprijinirea lor de către familii și comunități. Aceeași observație este valabilă și în ce privește controlul infracționalității și al consumului de droguri. El este mai eficace ori de câte ori intervin norme și rețelele informale ale comunității. *"Controlul social informal se dovedește a fi mult mai eficace în reducerea infracționalității și violenței decât normele legale formale."*¹⁹

¹⁵ Tyler, R.T; (1998) lucr.cit.pag.47

¹⁶ ibidem p.50

¹⁷ ibidem

¹⁸ Robert D.Putnam (1995) "Bowling Alone, Revisited", in The Responsive Community. Rights and Responsibilities, Vol.5, Issue 2, pag.18-33

¹⁹ ibidem, pag.18-19

Rolul legăturilor informale cu comunitatea este chiar mai complex. Ele contribuie la menținerea sănătății mentale a persoanei, și indirect la evitarea uneia dintre sursele majore ale încălcării legii. O cercetare realizată de Anne Case și Lawrence Katz descrie, în termenii "*efectului vecinătății*,"²⁰ rolul rețelelor informale ale angajamentului civic. Menținând sub control variabilele relevante pentru comportamentul individual - rasă, sex, educație, structura familială, implicarea în viața religioasă, etc- cercetarea realizată de Case și Katz a ajuns la concluzia că pentru tinerii ai căror vecini frecventează biserica probabilitatea de a avea o slujbă este mai mare, mai mică de a consuma droguri, și mult mai mică de a fi implicați în activități infracționale. "Cu alte cuvinte, frecventarea bisericii - cea mai obișnuită formă de angajament civic din SUA - are efecte importante în sensul că influențează comportamentul și opțiunile celor din jur, chiar dacă aceștia nu sunt ei înșiși implicați în viața unei confesiuni religioase."²¹

Cercetări adiacente, din domeniul epidemiologiei și psihoneuroimunologiei, au pus de asemenea în evidență rolul relațiilor și legăturilor sociale în menținerea sănătății psihice și fizice a persoanei. În condițiile unui standard economic suficient și ale controlului factorilor de risc de îmbolnăvire - fizică și psihică - persoanele lipsite de interacțiuni și legături sociale prezintă rate semnificativ mai ridicate de îmbolnăvire.

1.5. Declinul rețelelor asociaționale. Autonomie versus nesiguranță



R.Dahrendorf

În opinia lui **R. Dahrendorf** rețelele asociaționale prin care ne conducem viața și care-și datorează existența mai curînd nevoilor și inițiativelor noastre decât statului, constituie o realitate prețioasă, rezultată dintr-un îndelungat proces civilizator."²² Unele dintre aceste asociații voluntare au o viață scurtă - cluburile sportive sau partidele politice - iar altele au o îndelungată tradiție, cum ar fi bisericile sau universitățile. Altele sunt locuri în care muncim și trăim- întreprinderi, comunități locale, familie, etc. Rețelele asociaționale - *haosul lor creativ* - au generat viața democratică a societăților dezvoltate. După Dahrendorf, ele sunt astăzi provocate din cel puțin două direcții: *globalizarea și tentația autoritarismului*.

Globalizarea economică este asociată cu noi forme de excluziune socială și inegalitate. Dacă inegalitatea a fost o sursă de progres într-un mediu economic suficient de deschis astfel încît să ofere indivizilor șanse de a-și ameliora viața prin propriul lor efort, cea generată de globalizare ar fi, după Dahrendorf, una diferită. Ea ar putea fi

²⁰ A.Case; L.Katz (1998) "Crime Control" in International Social Science Journal, no.236, p.66

²¹ ibidem, pag. 67

descrisă ca inegalizare opusă stratificării și este rezultatul "divergenței sistematice dintre șansele oferite diferitor grupuri sociale". Mutațiile survenite pe piața muncii, ca urmare a globalizării economiilor, se manifestă, atât în Europa cât și SUA, prin apariția șomajului de lungă durată la nivelul populației active, a numeroase forme de șomaj mascat sau a slujbelor prost plătite. Există o importantă nevoie socială de muncă, dar oferta de slujbe decent plătite, sublinia același autor, este în scădere; ea devine un privilegiu și mai puțin o aspirație realistă pentru toți. Dezvoltarea tehnologică fără frontiere a făcut evident, consideră Dahrendorf, faptul că "economiile se pot dezvolta fără contribuția multor oameni și că indiferent cum i-am privi, ei reprezintă o cheltuială pentru toți ceilalți și nu un beneficiu."²³

Concluzia lui **R.Dahrendorf** este că sărăcia și șomajul au condus la deteriorarea și destrămarea rețelelor asociaționale care au adus prosperitatea și stabilitatea societăților occidentale. Asocierile voluntare necesită oportunități de participare care sunt furnizate de muncă și de un standard de viață decent. "Odată ce locurile de muncă și un standard decent sunt absente pentru un mare număr de oameni, acea densă rețea asociațională care a generat viața democratică în societățile dezvoltate dispare odată cu ele."²⁴

De ce nu există - se întreabă Dahrendorf - o mișcare masivă de apărare a societății civile? Pentru motive care sunt anterioare provocărilor globalizării, consideră autorul citat, ea nu există și probabil nu va mai exista vreodată deoarece individualizarea a transformat nu numai societatea civilă dar și conflictele sociale. "Mult mai important -subliniază Dahrendorf- mulți oameni împărtășesc aceeași soartă dar nu există o explicație unitară a suferinței lor, nici un dușman unic împotriva căruia să lupte. La fel de important și chiar mai rău, cei într-adevăr dezavantajați nu reprezintă a forță productivă nouă, nici o forță care să fie legată de prezent. Bogații devin și mai bogați fără ei; guvernele pot fi realese chiar fără votul lor; produsul național brut crește constant fără ei."²⁵

Conflictul individual care se naște nu este însă mai ușor de stăpânit. El semnifică *absența sentimentului apartenenței, a atașamentului față de societate și este, de regulă, însoțit de neobservarea legii și a valorilor pe care aceasta le susține*. "Tinerii și din ce în ce mai mult tinerele -ca și cei care nu mai sunt chiar tineri- nu mai văd nici un motiv pentru a se supune regulilor, care, în ce-i privește sunt regulile altora. Ei se autoexclud

²² Dahrendorf, Ralf (1998) : "A Precarious Balance: Economic Opportunity, Civil Society, and Political Liberty" in A:Etzioni (ed) "The Essential Communitarian Reader" Rowman and Littlefield Publishers, New York, p.81.

²³ ibidem p.83

²⁴ ibidem

²⁵ ibidem.p.85

dintr-o societate care deja i-a marginalizat, devinind astfel o amenințare. Cei care-și permit plătesc pentru protecție. Cei care nu pot plăti pentru protecție devin victime."²⁶

Numeroase cercetări au realizate după anii 80 vorbesc despre "*noua sărăcie urbană*" care afectează în special tinerii. Dacă în perioada postbelică, până în anii 70, șomajul era temporar, de scurtă durată, atăzi el afectează un procent semnificativ dintre tineri din unele țări dezvoltate. Șomajul s-a schimbat de la lipsa tranzitorie a unui loc de muncă, la absența endemică, de lungă durată. Pe acest fond se înregistrează o corelație pozitivă între creșterea ratelor infracționalității în rândul tinerilor și absența unui loc de muncă.

Între cauzele care au generat dificultățile majore ale tinerilor de a intra pe piața europeană a forței de muncă, marginalizarea și excluderea lor, o analiză recentă²⁷ indica :

- *schimbarea trendurilor demografice care au condus la creșterea numărului tinerilor fără educație sau cu nivel educațional scăzut;*
- *existența unui număr prea mare de oameni cu o pregătire profesională depășită;*
- *rapida dezvoltare a tehnologiilor și nevoia recalificării profesionale pentru un număr însemnat de solicitanți ai unui loc pe piața europeană a forței de muncă.*

Dispariția oportunităților pentru un loc de muncă, conchide studiul citat, înseamnă că vieții economice și sociale îi lipsesc *stabilitatea și predictibilitatea* - deci tocmai bazele pe care s-a constituit organizarea socială în modernitate. În consens cu observațiile lui Dahrendorf, principalul efect este absența angajamentului față de funcțiile sociale și politice ale cetățeniei.

Deteriorarea rețelelor vieții asociaționale este văzută de alți autori drept "prețul inevitabil care trebuie plătit în schimbul *dreptului* indivizilor de a-și împlini scopurile individuale (...)"²⁸.



G.Lipovetsky

Postmodernitatea, cu replierea sa pe individ și autonomie, nu mai crede în *imperativul de a trăi pentru celălalt* (G.Lipovetsky).

Prețul autonomiei este nesiguranța și precaritatea. Sursele lor sunt multiple. Între acestea **P.Cohen**²⁹ enumeră: șomajul pe termen lung (nouă locuri de muncă din 10 sunt strict temporare și pe termen scurt), proiectele nesigure pentru bătrânețe și hazardul vieții urbane. Ele generează neliniști difuze privind prezentul, ziua de mâine și viitorul mai îndepărtat. *Lipsa siguranței*, spune **Cohen** este aceea care le unește pe toate trei.

²⁶ ibidem

²⁷ European Offender Employment Forum, "Basic Skills for Offenders", Paris, Martie, 1999.

²⁸ Bauman, Z (2000) : "Modernitatea lichidă", Buc., Ed.Antet, p.160

II. De la supravegherea în comunitate a persoanelor care au comis fapte penale la asistența și protecția victimelor infracțiunii

În ordine istoric-cronologică "*probațiunea*"³⁰ o fost una dintre primele sancțiuni comunitare, practică ca măsură alternativă la pedeapsa privativă de libertate. Ea reflectă, așa cum observăm mai sus, mutațiile din paradigma modernă a pedepsei și, mai larg, nemulțumirile legate de actul de „justiție” așa cum a fost conceput de modernitate

După **R.Harris**³¹, în țările caracterizate prin sisteme juridice cutumiare (common law) cum ar fi Anglia și SUA probațiunea s-a dezvoltat pornind de la o serie de practici și tradiții comunitare prezente încă din perioada medievală sub forma "angajamentului" și a "încredințării pe garanție".

- *Angajamentul* (recognisance) consta în eliberarea infractorilor pe baza unei promisiuni prin care se obligă să se comporte corect și să nu mai comită noi fapte antisociale. În cadrul acestui sistem nu era prevăzută nici un fel de supraveghere.
- *Încredințarea pe garanție* implica existența unei a treia părți care își asumă în mod voluntar sarcina de a supraveghea comportamentul infractorului în comunitate.

Activitatea consilierilor de probațiune atît în Anglia cît și SUA este efectul *profesionalizării* acestor practici comunitare, realizate prin tradiție de persoanele care-și asumau în mod voluntar acest rol. Pornind de la această tradiție se acceptă azi că managementul comportamentului infractorului în comunitate trebuie să fie realizat de o

²⁹ Cohen, P (1999) : "Proteger ou disparaitre" Paris, Gallimard, p.7-9 citat în Z.Bauman

³⁰ În limba română s-a tradus prin **REABILITARE ȘI SUPRAVEGHERE COMUNITARE**. Această traducere este folosită și în Ordonanța 92/2000 care reglementează activitatea serviciilor comunitare specializate. Termenul de "probațiune" care s-a încetăținit și este cel mai frecvent utilizat (și pe care l-am folosit și eu în acest studiu) este impropriu. În legislația română sensul termenului de "probațiune" are cu totul alte conotații. El se referă la sistemul probelor reglementate în cadrul diferitor ramuri ale dreptului procesual civil, penal, etc. În timp ce traducerea termenului de "probation" prin "reabilitare și supraveghere" reflectă parțial conținutul și natura instituției nici el nu surprinde o trăsătură esențială a acestui tip de sancțiune comunitară - respectiv, aceea de *perioadă de încercare*. Ideea de perioadă de încercare, de a doua șansă acordată celui care a comis o infracțiune, face parte din "nucleul dur" al definirii acestei sancțiuni neprivative de libertate. De aceea, considerăm că cel puțin deocamdată acest tip de sancțiune comunitară nu și-a găsit încă un termen satisfăcător în limba română.

³¹ Harris, R (1997) "Developments in Probation : an International Perspective" in R.Ville, U.Zvekcic, J.F.Klaus (Eds.) Promoting Probation Internationally, Rome, London, p.4-8-49

"persoană cu experiență" care sprijină, consiliază și monitorizează infractorul. Această persoană este în același timp agentul prin intermediul căruia statul impune anumite cerințe care sunt chiar mai mari decât permite cadrul juridic - căutarea unui loc de muncă, notificarea schimbării adresei, etc.

*Apreciată prin prisma acestei tradiții probațiunea a reprezentat o intervenție discreționară bazată pe rolul formativ-educativ al valorilor comunitare, dincolo și înafara prevederile stricte ale legii (R.Harris, 1997).*³²

Deși s-au dezvoltat și sisteme alternative, formale, bazate pe elaborarea unor legi speciale care reglementează justiția penală și activitatea serviciilor de probation- în țările caracterizate prin sisteme juridice cutumiare normele și valorile comunității reprezintă în continuare una dintre sursele fundamentale ale normativității juridice (iar legea este, de cele mai multe ori nu altceva decât sancționarea acestei tradiții).

În Anglia, de exemplu, (G.C.Barclay, 1995)³³ Common Law este constituită din cutumele care au funcționat ca "lege a locului" din timpuri imemorabile. Regulile de comportament dezvoltate în cadrul acestei tradiții au devenit legi. Sancționarea și legiferarea tradiției juridice a reprezentat și reprezintă în continuare una dintre sursele fundamentale ale dreptului anglo-saxon. Acest sistem s-a dezvoltat pe baza jurisprudenței și precedentului juridic stabilite în instanțele naționale.

Alături de tradiția comunitară un rol esențial în instituționalizarea și profesionalizarea probațiunii în Anglia l-a jucat însă și *dreptului civil* (Statute Law). El a constituit o a doua sursă esențială a reglementării probațiunii. Ea este reprezentată de *activitatea de legiferare* realizată de Parlament. Cu toate acestea, multe dintre reglementările juridice și legile existente în sistemul actual al justiției penale engleze, observă Barclay, își au sursa în common law; unele infracțiuni comportă o chiar o dublă reglementare deși "dese ori infracțiunile prevăzute de common law sunt abrogate de normele juridice de drept penal"³⁴.

Europa continentală a cunoscut, după **Robert Harris**³⁵, o tradiție juridică opusă. Fără ca obiceiul juridic să fie total absent, *dreptul continental european s-a născut, în principal, în cadrul procesului de legiferare și codificare a dreptului roman*. În cadrul acestei tradiții (civil/statute law) probațiunea s-a dezvoltat din instituția juridică a *suspendării executării pedepsei*. Inițial, ea nu numai că nu presupunea nici un fel de supravehere dar practica acestui sistem ar fi însemnat o violare a drepturilor omului.

³² Harris, R (1997) "Developments in Probation : an International Perspective" in R.Ville, U.Zvekic, J.F.Klaus (Eds.) Promoting Probation Internationally, Rome, London, p.49

³³ Barclay, G.C. (1995) The Criminal Justice in England and Wales, Home Office, p.2-3

³⁴ ibidem

³⁵ Harris, lucr.cit.p.49

Doar după primul război mondial a început să câștige teren ideea de pregătire și experiență profesională, și odată cu ea faptul că suspendarea trebuie să se asocieze cu supravegherea. Astfel, în timp ce în cadrul sistemelor common law probațiunea s-a dezvoltat trecând de la o poziție informală la integrarea sa într-un cadru politico-juridic, în țările Europei continentale s-a petrecut un proces opus, supravegherea s-a grefat și asociat cu sistemul reglementat de dreptul penal al suspendării executării pedepsei.

Extinderea probatiunii în întreaga lume, în special după anii 80, a generat variații semnificative, atât la nivelul reglementărilor juridice cât și al practicii efective a reintegrării și supravegherii comunitare. Această varietate -și lipsă de unitate a reglementărilor și a practicii- este efectul condițiilor socio-culturale și al politico-juridice diferite la nivelul cărora s-a implementat această sancțiune comunitară. Totuși, în ciuda multitudinii de orientări și curente existente astăzi în probațiune, *ea conservă o serie de invariante, comune de-a lungul timpului și diferitor culturi, care trădează originea comunitară a acestei sancțiuni*. Între acestea, două, consideră **Robert Harris** (1997,p.50)³⁶, se impun:

- a.) *reglementarea probațiunii ca activitate constructivă de reintegrare a infractorului în comunitate*
- b.) *iar pe de altă parte, o anumită atitudine "de iertare simbolică" din partea comunității.*

Abandonarea proiectului statului bunăstării, după anii 80, reîntoarcerea la ideologia utilitarist-contractualistă cu accentul său pe individualism și responsabilitate n-au lăsat neafectată nici sfera politicilor penale. Individul este privit ca o persoană rațională care răspunde pentru actele sale. Libertatea și autonomia personală sunt valorile centrale ale vieții sociale. Ele nu sunt limitate decât de respectarea libertății egale a celuilalt. Infracțiunea reprezintă o încălcare a îndatoririlor izvorâte din contractul social pentru care individul trebuie să răspundă. Conform acestei opțiuni ideologice individul este cauza problemelor sociale și nu efectul acestora. *Rezultă că drepturile victimei și ale comunității - la reparație și siguranță- sunt situate deasupra drepturilor infractorului.*

Pe acest fond caracterul punitiv al sancțiunilor neprivative de libertate va trece în prim planul politicilor penale. Începând cu anii 80, accentul s-a pus, în primul rând pe supraveghere, reabilitarea trecând pe un plan secund, sau fiind chiar absentă din unele programe. Probațiunea tradițională a fost considerată o măsură mult prea slabă față de varietatea tipurilor de infracțiuni și infractori. De asemenea, unele sisteme penale au recurs, din nou, masiv la închisoare. Costurile ridicate ale încarcerării,

³⁶ Harris, R lucr.cit.

supraaglomerarea locurilor de detenție, au condus la apariția sancțiunilor intermediare, la *"celulele construite în comunitate"*. Aceste mutații ideologice și-au pus amprenta și asupra activității consilierului și agenției de probațiune.

Independent de ideologia care a fundamentat-o, probațiunea a fost, așa cum observam mai sus, una dintre primele măsuri comunitare care au ființat ca sancțiune neprivativă de libertate ce realizează simultan *asistența, reabilitarea, supravegherea și pedeapsirea infractorilor*. Ea a contribui la restructurarea politicilor și sistemelor penale, creind posibilitatea menținerii în comunitate a infractorilor minori, în primul rând, precum și a altor persoane care au comis fapte penale de gravitate redusă sau medie. În raport cu sistemul tradițional privativ de libertate probațiunea s-a dovedit a fi, după unele studii și cercetări, mai eficientă sub raportul costurilor economice implicate și al eforturilor materiale ale comunității.

Într-un studiu realizat sub egida Națiunilor Unite **J.Klaus**,³⁷ (1998, p.12) propunea patru argumente în favoarea probațiunii și a măsurilor comunitare:

- a.)** măsurile comunitare sunt mult mai potrivite pentru anumite tipuri de infracțiuni și infractori;
- b.)** deoarece evită privarea de libertate și încarcerarea, aceste măsuri sunt centrate spre reintegrarea în comunitate și reabilitare, fiind, din aceste motive, mult mai umane;
- c.)** sunt, în general, mai puțin costisitoare decât sancțiunile privative de libertate;
- d.)** prin descreșterea numărului de condamnați din închisori se evită supraaglomerarea facilitându-se administrarea acestora precum și tratamentul corecțional aplicat celor care rămân în detenție.

În *sens larg*, probațiunea este definită ca alternativă la contactul cu sistemul formal al justiției penale. Această decizie se poate lua în diferite momente ale procesului penal (în funcție de reglementările prezente în legislația penală și procesual penală dar și de practica agențiilor comunitare specializate, de programele comunitare existente etc). În *sens restrâns* ea reprezintă o sancțiune penală care constă în suspendarea executării pedepsei sub supraveghere, în comunitate, de către persoane sau organizații abilitate de lege, pentru o perioadă determinată (numită termen de încercare). În perioada de încercare persoana are o obligația de a se prezenta la agenția specializată precum și de a respecta anumite condiții impuse, de regulă, de instanță.

Probațiunea îndeplinește un complex de funcții, scopuri și obiective. În Comentariul³⁸ asupra regulilor de la Tokio menționează două funcții principale - de

control și de asistență. *Funcție de control* rezidă în sprijinirea infractorului să nu mai comită noi fapte penale. *Funcție de asistență* asigură reintegrarea socială a infractorului. Cele două funcții se diseminează în două *tipuri de demersuri și strategii de abordare*:

- a.) demersul orientat spre control și
- b.) cel orientat spre asistență și sprijin.

Demersul orientat preponderent spre control este centrat pe răspunderea infractorului față de comunitate. *Demersul orientat pe asistență* și sprijinul infractorului este centrat pe depășirea pe depășirea problemelor care au condus la comiterea infracțiunii.

**REGULILE STANDARD MINIME ALE NAȚIUNILOR UNITE PENTRU
APLICAREA MĂSURILOR NEPRIVATIVE DE LIBERTATE
(REGULILE DE LA TOKYO)**

- 10.1** Scopul măsurilor neprivative de libertate este de a preveni comiterea de noi infracțiuni și de a sprijini reintegrarea socială a infractorului în modalități care reduc rscul comiterii unor noi fapte penale.
- 10.2** Dacă o măsură neprivativă de libertate este însoțită și de supraveghere ea trebuie pusă în aplicare de către o autoritate competentă în condițiile expres prevăzute de lege.
- 10.3** În cadrul unei măsuri neprivative de libertate cel mai potrivit tip de supraveghere și tratament va fi determinat pentru fiecare caz particular în parte. Supravegherea și tratamentul vor fi periodic revizuite și modificate în funcție de necesități,
- 10.4** Ori de câte ori este nevoie, infractorilor li se va asigura asistență psihologică, socială și materială precum și posibilități de a-și întări legăturile cu comunitatea pentru a ușura reintegrarea lor în societate.



³⁷ Klaus, J.F. (1998) : *Handbook for Probation Services. Guidelines for Probation Practitioners and Managers*, United Nations Publications, No.60, Rome, London, p.12

³⁸ United Nations (1993) *Commentary on the United Nations Standard Minimum Rules for Non-Custodial Measures (The Tokyo Rules)*. New York: United Nations

III. Standarde socio-juridice internaționale în materia sancțiunilor neprivative de libertate.

Tratamentul internațional al delincvenței juvenile

1. Considerații asupra justiției juvenile

Justiția juvenilă este un concept larg care acoperă astăzi o varietate de practici, reglementări normative interne și internaționale precum și sisteme diferite ca origine și tradiție, dar care au aceleași obiective: *acordarea unui tratament diferit de acela al adulților copiilor care intră în conflict cu legea penală.*

Ideea și practica tratamentului penal distinct acordat copilului - justiție juvenilă - s-a conturat treptat, în Europa, începând cu secolul al XVII. Constituirea sa se leagă de un complex de schimbări detectabile în modernitatea timpurie. Între acestea, un rol esențial l-au avut *descoperirea copilului și a copilăriei*, conturarea “ideii de familie” (P.Aries, H.Cunningham, etc), instituționalizarea educației și, nu în ultimul rând, apariția unor mișcări de reformă penală care au vizat raționalizarea și umanizarea pedepsei.

Ele au corectat treptat o îndelungată tradiție în cadrul căreia tratamentul copiilor și tinerilor care au comis infracțiuni nu diferea de acela al adulților. La începutul secolului al XVII lea minorii care au comis fapte penale puteau să fie omorâți, deportați, condamnați la pedeapsă privativă de libertate pe aceeași durată și în aceleași condiții cu ale adulților.



J. Delumeau

Delumeau³⁹ (J. Delumeau, 1997) descria, după o gazetă germană din 1603, execuția a doi copii de 14 și 15 ani :

„Într-un articol dintr-o gazetă germană din 1603, consacrat executării a „doi diavoli derbedei” de 14 și respectiv 15 ani vinovați de a-și fi otrăvit tatăl și unchiul car erau beți precizează : Tot tineretul s-a adunat să asiste, fiind convocat de autorități, căci este bine pentru tineret să ia aminte la asemenea exemple. Urmează relatarea supliciului:

³⁹ Delumeau, J (1997) : „Păcatul și frica” vol.1, Ed.Polirom, Iasi p.127

„Au început prin a-i dezbrăca pe cei doi băieți, care apoi au fost biciuiți în așa fel încât sângele le curgea din belșug pe pământ. Apoi, călăul le-a înfipt în răni fiare înroșite în foc. Atunci au scos niște urlete absolut de neînchipuit. După aceea le-au tăiat mâinile...Execuția a durat cam douăzeci de minute; asistau băieți, fete și o mulțime de oameni maturi Toți admirau în aceste cazne drapta judecată a lui Dumnezeu și luau aminte la un asemenea exemplu”.

Așa cum evidențiază cercetarea socio-juridică, depenalizarea și flexibilizarea sistemului de măsuri și pedepse care se pot aplica copiilor infractori s-a realizat treptat - fără însă ca privarea de libertate să fie vreodată total eliminată ca opțiune - odată cu începutul sec.al XIX. Secolul al 19 lea a înregistrat - atât în Europa cât și în Statele Unite - un curent de gândire autointitulat "*progresiv și reformist*" care a pledat pentru limitarea caracterului excesiv al pedepselor și pentru reglementarea unui nou tratament penal al infractorilor copii și tineri, diferit de acela al adulților. Ca efect al presiunilor exercitate de aceste mișcări, începând cu prima jumătate a sec. al 19 lea, în Europa au avut loc, treptat, o serie de schimbări⁴⁰ care au creat premisele îndepărtării delincvențelor minori și tineri de pedeapsa tradițională, privativă de libertate Mai larg, ele au marcat începutul unui proces de reformă a sistemelor justiției penale, o trecere treptată de la pedeapsă ca răzbunare la echilibrul dintre faptă, circumstanțele personale și sancțiunea pronunțată.

Între primele măsuri care au vizat crearea unui regim distinct pentru copiii care comit fapte penale –istoriografia menționează organizarea școlilor de re-educare și a școlilor industriale (Anglia, Olanda, Franța, etc). În școlile industriale erau trimiși copiii considerați a fi "în pericol moral" - în special vagabonzii și copiii străzii- chiar dacă nu comiseseră nici o infracțiune precum și minorii care au comis infracțiuni. Funcționarea acestor școli s-a întemeiat pe modelul pedepsei, nu pe acela al educației și reabilitării. De exemplu, în Anglia, internarea într-o școală de reeducare era precedată de o perioadă de încarcerare de minimum 14 zile. Aici erau aduși de regulă copiii sub vârsta de 16 ani pentru o perioadă nu mai mică de doi ani și nu mai mare de cinci ani. Aceste școli observa, Bedingfield, au devenit adevărate centre de pregătire pentru hoții profesioniști.⁴¹

⁴⁰ O sinteză a istoriografiei care s-a ocupat de acest proces este realizată de Hugh Cunningham în *Children and Childhood in Western Society* (Longman, 1998) Capitolul 6 "Saving the Children, c.1830-c. 1920

⁴¹ Bedingfield, D (1998) : "The Child in Need. Children, the State and the Law", London, Jordan Publishing Ltd, p.467

Sfârșitul sec.al XIX lea înregistrează și primele tentative de instituționalizare a măsurilor alternative (probațiunii) - prezentă deja în unele țări europene (Anglia, Olanda) în cadrul unor practici cutumiare.

În conjuncție cu alți factori, acest proces lent de reformă, care a debutat la începutul sec.al.19 lea, a adus cu sine o preocupare pentru tratamentul diferențiat al copiilor care au comis infracțiuni, vârsta minimă a răspunderii penale, dezvoltarea unui sistem mai larg și mai flexibil de măsuri și sancțiuni penale neprivative de libertate, reglementarea unor proceduri speciale pentru minori, care evită formalismul instanței pentru adulți și stigmatizarea, etc. Pe fondul acestor căutări, chiar de la începutul sec.XX, unele legislații europene și nord americane (1910) au înființat *instanțele pentru minori*, precum și sisteme menite să îndepărteze copiii de tratamentul formal al instanțelor pentru adulți.

În 1925 magistrații și judecătorii din Anglia și Irlanda de Nord aveau la dispoziție următoarele opțiuni (reglementate de common law) pentru copii care au comis infracțiuni -altele decât acelea a căror sancțiune era reglementată de Parlament (statute law)*:

- 1.) renunțarea la acuzație pe baza unui angajament (recognizance);
- 2.) renunțarea la acuzație și plasarea lui sub supravegherea unui consilier de probațiune;
- 3.) încredințarea copilului în grija unei rude sau a unei persoane potrivite;
- 4.) trimiterea copilului la o școală industrială;
- 5.) trimiterea copilului la o școală de reeducare;
- 6.) trimiterea copilului într-o instituție Borstal;**
- 7.) condamnarea la pedeapsa corporală;***
- 8.) amendă, plata daunelor și a costurilor provocate de comiterea faptei penale;
- 9.) amendă, plata daunelor și a costurilor provocate de comiterea infracțiunii de către părinți sau alți ocrotitori legali ai copilului;
- 10.) hotărâre pe baza căreia părinții sau alți ocrotitori legali ai copilului se obligă să garanteze pentru comportamentul bun al minorului;
- 11.) dacă infractorul avea vârsta cuprinsă între 7 și 13 ani , încredințarea sa în custodia unui loc de deținere (în așezăminte special amenajate de autoritățile publice);
- 12.) dacă infractorul avea vârsta cuprinsă între 14 și 21 de ani condamnarea lui la pedeapsa privativă de libertate.

După D.Bedingfield, *The Child in Need.Children the State and the Law* (Jordan Publishing, 1998, p.467)⁴²

Preocuparea pentru reforma sistemelor penale, și în special pentru umanizarea lor, pentru tratamentul diferențiat al copiilor care comit fapte penale a fost consacrată însă în sec.XX. Un rol crucial l-a avut constituirea, la începutul secolului XX a unei mișcări internaționale pentru bunăstarea copilului “de dimensiuni impresionante, cu organizații naționale în Danemarca, Germania, Italia, Luxemburg, Olanda, Norvegia,

⁴²Bedingfield, D (1998) : *The Child in Need.Children the State and the Law* ; Jordan Publishing, , p.467

** Instituțiile Borstal - deținerea într-o instituție Borstal a fost concepută ca o măsură penală, menită să evite încarcerarea, ce putea fi pronunțată de magistrați pentru copii și tinerii între 16 și 21(din1936 până la 22 de ani; iar din 1961 vârsta minimă a fost coborâtă la 15 ani) de ani pentru o durată nu mai mică de 1 an dar nici mai mare de 2 ani. Disciplina în asemenea instituții era foarte strictă.

România, Rusia, Spania, Elveția, Marea Britanie, și Statele Unite”.⁴³ Sub impactul acestor mișcări pentru drepturile copilului și al reglementărilor internaționale a Drepturilor Omului ideea tratamentului, educației și reabilitării infractorilor minori și tineri s-a regăsit, în diferite forme, în majoritatea legislațiilor penale din sec.XX.

Filosofia care a întemeiat tratamentul copiilor delincvenți în legislațiile penale naționale a conservat, cu anumite variații și nuanțe, ideea originară a primelor misiuni filantropice, de intervenție asistențială, recuperatorie. Ea a fost întărită, în prima jumătate a secolului XX, de ideologia welfar-istă care considera că societatea are o culpă în eșecul unor copii și tineri de a se integra și prin urmare și o responsabilitate pentru recuperarea și integrarea lor. În acord cu această filosofie, minorul în conflict cu legea penală nu trebuie tratat ca un infractor adult căruia i se aplică o pedeapsă pentru fapta comisă ci ca un copil care este victima unor erori de îndrumare și educație. Intervenția în cazul acestor minori trebuie să fie centrată pe tratament și nu pe sancțiune. Această filosofie paternalistă a dominat, până în anii ‘70 abordarea și tratamentul delincvenței juvenile în majoritatea sistemelor penale occidentale⁴⁴.

Dilema referitoare la regimul delincvenților minori și tineri - pedeapsă sau tratament- n-a fost însă niciodată tranșată. Analiza comparată evidențiază faptul că soluțiile au înclinat fie într-o direcție sau în cealaltă în funcție de ratele delincvenței juvenile, de presiunea publică și de politicile penale guvernamentale. De multe ori diferențele dintre tratamentul penal al copiilor și adulților au fost doar de grad și intensitate a pedepsirii. În timp, poziția celor care au pledat pentru tratament și educație nu a mai putut fi integral ignorată. În unele legislații această dilemă a luat forma disputei dintre profesioniștii legii și cei ai asistenței sociale. Juriștii (magistrații în special) au pledat pentru menținerea unei filosofii retributive (chiar dacă minimale), pentru valoarea de prevenție pe care o reprezintă fie și o scurtă perioadă de deținere (în instituții speciale pentru minori și tineri). Asistența socială dimpotrivă, a pus accent pe natura benefică a comunității și familiei în îndepărtarea copiilor și tinerilor de conduita infracțională, pe sancțiuni și măsuri neprivative de libertate, a pledat pentru valorile unei filosofii centrată pe bunăstarea copilului.

În aceste circumstanțe, în sec.XX, cel puțin până în anii ‘70-80, majoritatea statelor occidentale și nord americane au tratat copiii care au comis infracțiuni ca o

⁴³ Mackel, R.A (1990) *Save the Babies : American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortalitz, 1850- 1929* , Balitimore and London, p.101-9 citat in H.Cuninngham, *Children and Childhood in western Society since 1500*, Longman, London, p.153

⁴⁴ O analiză detaliată asupra justiției juvenile precum și asupra dezvoltării unei filosofii a justiției juvenile este realizată de Kevin Haines și Mark Drakeford în lucrarea “Young People and Youth Justice”

categorie distinctă, diferită, de aceea a adulților. Regimul de adult a continuat însă să fie aplicat, în unele țări, copiilor care au comis infracțiuni deosebit de grave (omor, tâlhărie, jaf armat, etc), precum și în unele țări ex-comuniste. Această practică reflectă rezistența tradiției retributive, a credinței că există anumite infracțiuni pentru care societatea trebuie să aplice pedepse drastice, indiferent de vârsta făptuitorului.

Creșterea ratei infracționalității, începând cu anii 70-80, în țările dezvoltate, iar după anii 90 și în țările fostului bloc comunist aflate în tranziție, a adus cu sine modificări - uneori radicale - ale politicilor penale. Ecoul credinței împărtășite de mulți magistrați la sfârșitu sec.al XIX lea⁴⁵ - "*există o categorie de tineri rebeli cărora o perioadă scurtă și dură de încarcerare le face foarte bine*" - chiar dacă nu a dispărut definitiv niciodată, s-a făcut din nou auzit. Multe legislații penale au redus vârsta răspunderii penale, au coborât sau au eliminat chiar capacitatea penală restrânsă, au revenit la un tratament penal care pune accentul pe pedeapsă și doar în subsidiar pe reabilitare, inclusiv în privința infractorilor copii și tineri.

1.1. Justiția juvenilă în legislația internațională

Și la nivelul legislației internaționale a drepturilor omului se poate observa constituirea treptată a unui ansamblu de prevederi, cuprinse în tratate sau declarații, cu privire la tratamentul copiilor care au comis fapte penale.

În perioada în care grupul de lucru special constituit de Comisia Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului elabora Convenția pentru drepturile copilului s-a pus problema elaborării unor standarde minime de care statele trebuie să țină cont în administrarea justiției juvenile. În accord cu aceste standarde minime (Regulile de la Beijing⁴⁶) *justiția juvenilă* (Rg.2.3) se referă la existența în legislația națională a unui set de norme, reguli și prevederi speciale aplicabile copiilor care au comis fapte penale precum și a unor instituții și organisme cărora li s-a încredințat administrarea justiției pentru copii cu scopul de a le satisface nevoile și de a le proteja drepturile. *Justiția juvenilă* presupune existența unui subsistem penal, reglementat în cadrul mai larg al legislației penale naționale, care permite aplicarea unui tratament diferențiat al copiilor

(Macmillan, London, 1998); Vezi în special Cap.II :Juvenile Justice: a Recent History și Cap.III Developing a Youth Justice Philosophy.

⁴⁵ Radzinowicz, L; Hood, R (1990) : "The Emergence of Penal policy in Victorian and Edwardian England" (vol.5 of The History of English Criminal Law and its Administration from 1750), p.622 citat în D.Bedingfield, "The Child in Need. Children the State and the Law", 1998, Jordan Ltd, p.462

⁴⁶ United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice ("The Beijing Rules") adopted by General Assembly resolution 40/33 of 29 November 1985

care au comis fapte penale, în acord cu particularitățile dezvoltării și maturizării lor, în toate etapele procesului penal. Convenția Națiunilor Unite⁴⁷ cu privire la Drepturile copilului transformă aceste recomandări în obligații juridice pentru statele care au ratificat-o. Ea consacră, în art.40, alin3, obligația statelor de a reglementa sisteme speciale de justiție juvenilă, de a “*promova adoptarea de legi și proceduri, înființarea de autorități și instituții, special concepute pentru copiii bănuți, acuzați sau găsiți vinovați de încălcarea legii penale*” (...)

În cadrul acestui subsistem, legislația internațională recomandă statelor să reglementeze în legea penală *vârsta minimă* a răspunderii penale și să abordeze delincvența juvenilă din perspective unei filosofii centrată pe “bunăstarea copilului” și pe valorile reintegrării. Deși legislația internațională nu prevede expres existența unor *instanțe separate* pentru copii ea cere statelor să reglementeze *proceduri speciale* adaptate copiilor, instrumentate de personal cu *pregătire psihosociologică* adecvată. Prevederile internaționale în materie solicită, de asemenea, *evitarea contactul excesiv* al copiilor cu sistemul formal al justiției penale, *iar privarea de libertate*, atât în cursul procesului penal cât și al ispășirii măsurii sau sancțiunii dispuse de instanță, să fie într-adevăr o decizie “de ultimă instanță”. *Alternativele la privarea de libertate* sunt încurajate recomandându-se statelor să reglementeze în legislație o paletă cât mai largă de măsuri și sancțiuni non-custodiale precum și integrarea comunității în procesul administrării justiției⁴⁸. Demersurile Națiunilor Unite referitoare la constituirea unor subsisteme de justiție juvenilă au fost constant însoțite și de prevederi referitoare la victimele infracțiunilor și abuzului de putere⁴⁹.

1.2. Modele de justiție juvenilă.

În practică există o mare varietate a sistemelor de justiție juvenilă. Diferențele majore provin din tradiția diferită, din politicile sociale și penale, filosofia sistemelor penale, scopurile și obiectivele intervenției, instituțiile implicate în prevenția secundară și terțiară, dinamica delincvenței juvenile, eficacitatea strategiilor de prevenire și intervenție, etc.

⁴⁷ Adoptată de adunarea Generală a ONU la 20 noiembrie 1989 prin rezoluția 44/25.

⁴⁸ A se vedea în acest sens Rezoluția Consiliului Economic și Social al ONU, nr.26 din 28 iulie 1999 , cu privire la “Dezvoltarea și implementarea medierii și măsurilor justiției restitutive în justiția penală”; Rezoluția Consiliului Economic și Social al ONU nr.14 din 27 iulie 2000 cu privire la “Principiile referitoare la folosirea programelor justiției restitutive în domeniul penal”.

⁴⁹ A se vedea în acest sens Declarația Națiunilor Unite cu privire la “Principiile de bază al justiției pentru victimele infracțiunilor și abuzului de putere” din 29 noiembrie 1985.

Pornind de la aceste criterii generale, **J.Winterdyk**⁵⁰ identifica *șase modele* de justiție juvenilă dispuse pe un continuum gradual, de la cele participative la cele ale controlului infracționalității. Ierarhia acestor modele reflectă trecerea de la sisteme centrate pe strategii de asistență, educație și tratament la cele centrate pe retribuție – respectiv pe răspundere individuală și pedeapsă.

Continuum-ul modelelor de justiție juvenilă

	Modelul participativ	Modelul bunăstării	Modelul corporatist	Modelul justiției modificate	Modelul justiției	Modelul controlului infracționalității
Caracteristici generale	Informal Intervenție formală minimă Resocializare	Informal Individualizarea sancțiunii Sancțiune pe durată nedeterminată	Decizie administrativă; Alternative la contactul cu instanțele; Programe custodiale;	Proces corect informal; Strategii alternative pentru minorii care au comis fapte penale de gravitate redusă; Pedeapsă pentru minorii care au comis fapte grave;	Proces corect; Alternativ e cu gradul cel mai redus de restricții Sancțiune determinată	Proces corect Pedeapsă Sancțiune determinată
Personalul implicat	Educatori	Asistenți sociali	Specialiști în justiție juvenilă	Judecători/experti în asistența socială a copilului;	Judecător	Judecători/ personal din sistemul justiției
Agențiile implicate	Agenții comunitare, membrii comunității	Agenții de asistență socială	Lucru inter-agenții;	Din sistemul justiției/Agenții de asistență socială	Justiția	Din sistemul justiției;
Sarcini	Sprijin – educație	Diagnostic	Intervenție sistemică	Diagnostic/ pedeapsă	Pedeapsa	Privarea de libertate/ pedeapsa
Înțelegerea comportamentului clientului	Minori sunt în esență buni	Comportament patologic determinat de mediu	Minori nesocializați	Răspundere individuală diminuată;	Responsabilitate individuală	Responsabilitate/ răspundere;
Scopul intervenției	Re-educarea	Tratamentul (Parens Patriae)	Crearea unor noi deprinderi	Sanționarea comportamentului/ Tratament	Sanționare a comportamentului	Protecția societății
Obiective	Intervenția prin educație	Răspuns la nevoile individuale/reabilitare	Implementarea politicilor	Respectarea drepturilor individuale / răspuns la nevoile speciale	Respectarea drepturilor individuale/	Mentținerea ordinii
State	Japonia	Australia; Noua Zeelanda	Anglia, Wales, Hong Kong	Canada	Italia, Olanda, Rusia	USA, Ungaria

⁵⁰ Winterdyk, J (1997) : “Juvenile Justice Systems” Canadian Scholars’ Press, Toronto, p.xi-xii

2. Protecția drepturilor copiilor care au comis fapte penale în legislația internațională

2.1. Rolul Dreptului Internațional al Drepturilor Omului în reglementarea măsurilor neprivative de libertate în legislațiile penale naționale.

Între dimensiunile și aspectele care unesc practica sancțiunilor comunitare în lume se numără, fără îndoială, și existența unor valori și standarde comune reglementate atât în sistemul universal cât și în cel regional al Drepturilor Omului. Indiferent de particularitățile existente în legislațiile și practicile naționale ale probațiunii, *respectarea principiilor, normelor și valorilor Drepturilor Omului este o obligatorie atât în relațiile cu infractorul, cât și cu victima și comunitatea. În strînsă legătură cu alte criterii, prevederile legislației internaționale a Drepturilor Omului furnizează standardele intervenției, evaluării și eficacității activității consilierilor și serviciilor de probațiune.*

Se poate aprecia că sub impactul reglementărilor în materia Drepturilor Omului tratamentul comunitar al infractorilor în general, al celor minori în special, a devenit o practică cu răspîndire planetară. Alături de mutațiile intervenite în filosofia sistemelor penale, ele sunt la originea politicilor și măsurilor legislative de depenalizare, a integrării tuturor actorilor sociali - victimă, infractor, comunitate- în soluționarea conflictului generat de săvîrșirea infracțiunii, etc. Ele au contribuit esențial la realizarea unui control mai puțin opresiv al infracționalității.

Impactul Drepturilor Omului asupra dezvoltării legislației și practicii măsurilor comunitare se poate dismina în cîteva direcții semnificative :

- A.) Reglementarea normativ-juridică a sancțiunilor neprivative de libertate în diferite Convenții, Pacte, și Declarații ale Drepturilor Omului adoptate în sistemul Națiunilor Unite și în sistemul european;**
- B.) Elaborarea unor principii ale justiției penale întemeiate pe Drepturile Omului;**
- C.) Crearea unor mecanisme de monitorizare a implementării și respectării Drepturilor Omului;**
- D.) Realizarea cadrului juridic al cooperării internaționale în direcția prevenirii și combaterii infracționalității;**

E.) Dezvoltarea, sub egida Națiunilor Unite și a organismelor europene, a proiectelor regionale și globale de cercetare a infracționalității; a creerii infrastructurii (institute de cercetare care funcționează sub directă îndrumare a Comisiei Națiunilor Unite pentru Prevenirea Infracționalității și Justiției Penale sau a Consiliului Europei) necesare realizării periodice a studiilor și cercetărilor în materie.

2.2. Norme, valori și principii prezente în documentele internaționale în materia Drepturilor Omului cu privire la sancțiunile neprivative de libertate. Reglementări normativ-juridice elaborate și adoptate în sistemul Națiunilor Unite.

Cadrul cel mai general care a condus la reglementarea sancțiunilor comunitare în sistemul Națiunilor Unite îl reprezintă *Declarația Universală a Drepturilor Omului*, adoptată de Adunarea Generală a Națiunilor Unite la 10 decembrie, 1948⁵¹.

Atât prin intermediul principiilor statuate cât și prin lista drepturilor civile și politice reglementate, Declarația este la originea mișcării de umanizare și de reconstrucție a legislațiilor penale în acord cu valorile democrației și demnității umane. Declarația menționează pentru prima oară într-un document de drept internațional *principiul legalității incriminării*, prezumția de nevinovăție, aplicarea legii penale mai blânde, dreptul de a beneficia de un proces corect, instrumentat de o instanță competentă, obiectivă, etc.

DECLARAȚIA UNIVERSALĂ A DREPTURILOR OMULUI

Art.8

Orice persoană are dreptul să se adreseze instanțelor de judecată competente împotriva actelor care violează drepturile care-I sunt recunoscute prin constituție sau prin lege.

Art.9

Nimeni nu poate fi arestat, deținut sau exilat în mod arbitrar.

Art.11

(1) Orice persoană acuzată de un delict este prezumată nevinovată pînă cînd vinovăția sa va fi dovedită în mod legal în cursul unui proces public în cadrul căruia I s-au

⁵¹ Adoptată de Adunarea Generală a O.N.U. prin rezoluția 217 A (III) din 10 decembrie, 1948

asigurat toate garanțiile necesare apărării sale.

Nimeni nu va fi condamnat pentru acțiuni sau omisiuni care, în momentul în care au fost comise, nu constituiau o faptă penală potrivit dreptului național sau internațional. De asemenea, nu se va aplica o pedeapsă mai aspră decât aceea care era aplicabilă în momentul în care a fost comisă infracțiunea.

Declarația reglementează nu numai drepturile dar și *obligațiile față de comunitate*, aceasta reprezentând în termenii art.29, alin1 "singurul cadru al dezvoltării libere și depline a personalității individului."

Lista drepturilor și principiilor reglementate în Declarația fost extinsă considerabil în cadrul celei de "*a doua generații*" de Drepturi ale Omului reprezentată de *Pactul Internațional cu privire la Drepturile Civile și Politice*⁵² și *Pactul Internațional cu privire la Drepturile Economice, Sociale și Culturale*.

Pactul asupra Drepturilor Civile și Politice dezvoltă și extinde sfera drepturilor civile și politice, introduce noi principii, drepturi și garanții judiciare împotriva exercițiului abuziv al puterii publice. Între acestea se numără :

- a.)** dreptul la libertate și securitate personală, de a nu fi arestat sau deținut în mod arbitrar (art.9, alin.1);
- b.)** dreptul persoanei arestate de a fi informate, în momentul arestării, cu privire la motivele arestării (art.9, alin 2);
- c.)** egalitatea indivizilor în fața oricărei instanțe precum și dreptul ca litigiul să fie examinat echitabil și public de către o instanță competentă, independentă și imparțială (art.14, alin.1);
- d.)** drepturile persoanelor care ispășesc o pedeapsă privativă de libertate de a fi tratată cu umanitate și respectarea demnității (art.10, alin.1);
- e.)** proceduri speciale pentru minorii care au comis infracțiuni, care țin seama de vârsta lor și de interesul reabilitării lor (art.14, alin.4);
- f.)** autoritatea de lucru judecat (art.14, alin.7);
- g.)** regimul penitenciar și tratamentul condamnaților (art.10, alin.1);
- h.)** regimul penitenciar al infractorii minori (art.10, alin.2, lit.b și alin.3);
- i.)** dreptul de a nu fi supus torturii, unor pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante (art.7), etc.

⁵² Ambele Pacte au fost adoptate și deschise spre semnare de Adunarea Generală a Națiunilor Unite la 16 decembrie 1966. Primul a intrat în vigoare la 23 martie, iar cel de al doilea la 3 ianuarie 1976. România a ratificat Pactele la 31 octombrie 1974 prin Decretul nr.212, publicat în Buletinul Oficial al României , partea I, Nr.146 din 20 noiembrie 1974.

PACTUL INTERNAȚIONAL CU PRIVIRE LA DREPTURILE CIVILE ȘI POLITICE

Art.10

1. Orice persoană care ispășește o pedeapsă privativă de libertate va fi tratată cu umanitate și cu respectarea demnității inerente persoanei umane.
2. Persoanele aflate în regim de detenție preventivă, vor fi înafara unor împrejurări excepționale, separate de cei condamnați și vor fi supuse unui tratament distinct, potrivit condiției lor de persoane necondamnite.
- a.) Minorii și tinerii aflați în detenție preventivă vor fi separați de adulți iar organele în drept vor decide asupra situației lor în cel mai scurt timp.
- ...
- 3.) Regimul penitenciar va cuprinde un tratament al condamnaților care vizează îndreptarea lor în sopol reintegrării comunitare. Condamnații minori și tineri vor fi separați de adulți iar regimul la care sunt supuși trebuie să fie potrivit vârstei și statutului lor legal.

*Primul Protocol Facultativ la Pactul Internațional cu privire la Drepturile Civile și Politice*⁵³ recunoaște competența Comitetului pentru Drepturile Omului de a *primi și examina comunicări provenite de la persoane fizice cărora li s-au încălcat drepturile prevăzute de Pact*. Cel de al doilea⁵⁴ Protocol Facultativ al Pactului are de asemenea o importanță specială, deoarece se referă la abolirea pedepsei capitale. Articolul 1 al protocolului precizează în acest sens că *"nici o persoană aflată sub jurisdicția unui stat parte la Prezentul protocol facultativ nu va fi executată."*

Un alt moment important în procesul elaborării și reglementării legislației internaționale a tratamentului celor care ispășesc pedepse privative de libertate precum și a sancțiunilor comunitare l-a reprezentat *Convenția împotriva Torturii și a Altor Pedepse ori Tratamente Crude, Inumane sau Degradante*.⁵⁵ Articolul 4 din această Convenție prevede expres obligativitatea statelor părți de a incrimina penal toate actele

⁵³ Adoptat și deschis spre semnare de Adunarea Generală a Națiunilor Unite prin Rezoluția 2200A (XXI) din 16 decembrie 1966. Intrat în vigoare la 23 martie 1976, conform dispozițiilor art.9. România a ratificat Protocolul la 28 iunie 1993 prin Legea Nr. 39 publicată în Monitorul Oficial al României, partea I, nr.193 din 30 iunie 1993.

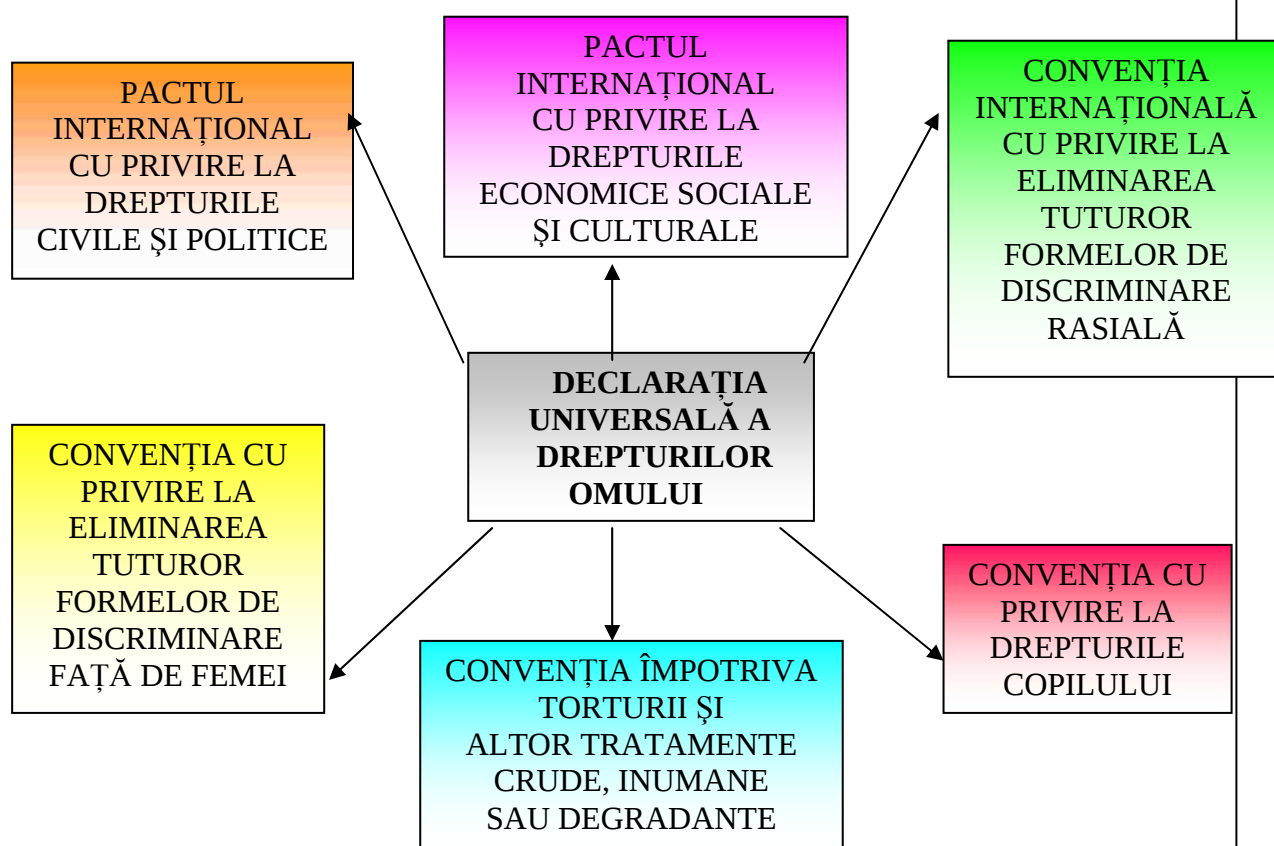
⁵⁴ Adoptat prin rezoluție a Adunării Generale a Națiunilor Unite, în cea de a 44-a sesiune, la 15 decembrie 1989. România a ratificat acest protocol la 25 ianuarie 1991 prin Legea nr.7, publicată în Monitorul Oficial al româniei partea I, nr.18 din 26 ianuarie 1991.

⁵⁵ Adoptată și deschisă spre semnare de Adunarea Generală a Națiunilor Unite prin Rezoluția 39/46 din 10 decembrie 1984. Intrată în vigoare la 26 iunie 1987 conform dispozițiilor art.27(1). România a ratificat Convenția la 9 octombrie 1990 prin Legea nr.19, publicată în Monitorul Oficial al României, partea I, nr.112 din 12 octombrie 1990.

de tortură, inclusiv tentativa, și de a sancționa aceste infracțiuni cu o pedeapsă proporțională cu gravitatea faptelor.

La nivelul "generațiilor de drepturi ale omului" legislația internațională în materie s-a dezvoltat pornind de la *reglementări cu caracter general*, (prima generație de drepturi ale omului- Declarația universală), *la reglementări cu caracter special* (în cadrul celei de a doua generații de Drepturi ale Omului). Ele vizează *protecția unui tip particular de drepturi* (civile, politice, economice, cultural-educaționale, la tratament egal și non-discriminare, etc) *sau a unor grupuri speciale* - vulnerabile, marginalizate- cum ar fi copii (aflați în diferite circumstanțe- în conflicte armate, în dificultate, delinvenți minori, etc) femeile, minoritățile etnice, lingvistice, culturale, emigranții. Un pas important a fost realizat în cadrul "cele de a treia generații de drepturi ale omului" caracterizată prin sublinierea *universalității și indivizibilității Drepturilor Omului* precum și a drepturilor colective. Recent, se vorbește de o a patra generație, care promovează *obligațiile față de comunitate*.

PRINCIPALELE DOCUMENTE ALE NAȚIUNILOR UNITE ÎN MATERIA DREPTURILOR OMULUI



În cadrul acestui proces, reglementarea și protecția drepturilor copilului, aflat în diferite situații a fost una dintre preocupările constante, de prim ordin, ale Națiunilor Unite. Reglementarea drepturilor copiilor a vizat acoperirea, pe cât posibil, a unui larg spectru de situații, între care este și aceea a minorilor care au săvârșit infracțiuni.

2.3. Tratatamentul socio-juridic al copiilor care au comis infracțiuni.

Principii, valori și norme elaborate în sistemul Națiunilor Unite

Una dintre preocupările constante ale Națiunilor Unite -așa cum deja am subliniat- a fost aceea de a dezvolta un *sistem coerent de standarde și valori în domeniul Drepturilor Omului*. În cadrul acestui proces se înscrie și efortul susținut al Națiunilor Unite de a reglementa și proteja drepturile copiilor aflați în diferite situații - inclusiv în conflict cu legea. Această preocupare s-a materializat în elaborarea unor standarde menite să încurajeze statele părți să dezvolte la nivel național un subsistem penal centrat pe particularitățile copilului care a comis fapte penale și pe nevoile sale de socializare și reinserție comunitară. În opinia noastră, aceste standarde și valori, prezente în diferite convenții, reguli sau declarații, își demonstrează eficacitatea doar pe fondul interpretării și implementării în complementaritatea lor referențială cu sistemul universal și indivizibil al Drepturilor Omului. Între aceste documente adoptate sub egida Națiunilor Unite, de referință în materia drepturilor copiilor aflați în conflict cu legea sunt:

- a.) Regulile și Standardele Minime al Națiunilor Unite cu privire la Administrarea Justiției Juvenile (Regulile de la Beijing, 1985);
- b.) Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului (1989);
- c.) Regulile și Standardele Minime ale Națiunilor Unite cu privire la Protecția Copiilor care Ispășesc o pedeapsă Privativă de Libertate (1990);
- d.) Ghidul Națiunilor Unite cu privire la la Prevenirea Delicvenței Juvenile (1990, Ghidul de la Riyadh);
- e.) Regulile și Standardele Minime ale Națiunilor Unite cu privire la Măsurile Neprivative de Libertate (1990, Regulile de la Tokyo), etc.

În sinteză, *principiile esențiale promovate de standardele justiției juvenile reglementate în sistemul Națiunilor Unite*⁵⁶ *au în vedere:*

- Prevenirea infracționalității prin intermediul justiției sociale, accesului la educație, la pregătire profesională, la activității culturale și recreative;
- Respectarea drepturilor infractorilor minori;
- Dezincriminarea faptelor penale comise de copii și reglementarea unei vârste minime pentru răspunderea penală;

- Înființarea unui sistem separat al justiției pentru copii și tineri deservit de un personal cu pregătire de specialitate;
- Evitarea, ori de câte ori este posibil, a sistemului formal de justiție;
- Asigurarea unui proces corect;
- Adoptarea unor răspunsuri a căror natură vizează educația și reabilitarea;
- Folosirea privării de libertate numai ca măsură de ultimă instanță, pentru perioade cât mai scurte de timp, atât în timpul cercetării, urmăririi și procesului penal, cât și ca sancțiune penală.
- Interzicerea pedepsei cu moartea și a detenției pe viață pentru cei sub vârsta de 18 ani în mimentul comiterii faptei;

Comitetul pentru Drepturile Copilului a apreciat negativ modul în care țările în tranziție implementează aceste standarde. Aprecierile negative s-au extins însă la majoritatea statelor lumii, indiferent de statutul socio-economic și politic, pentru progresele reduse în domeniul implementării standardelor justiției juvenile.

Interpretarea și implementarea standardelor justiției juvenile reglementate în legislația internațională a drepturilor omului nu este neproblematică și nu conduce automat la respectarea drepturilor copiilor și a celorlalți actori sociali implicați în comiterea unei infracțiuni, dacă nu este coroborată cu întreg sistemul indivizibil al drepturilor omului

Tensiunea dintre filosofia penală restitativă și cea retributivă. Standardele și regulile elaborate de Națiunile Unite conturează un sistem al justiției pentru copiii și tinerii care au comis infracțiuni (justiție juvenilă). Prin implementare la nivel național, ele conduc la reglementarea unui tratament distinct al copiilor care au comis infracțiuni. Și la nivelul lor, însă, se poate constata, în diferite proporții, tensiunea provocată de dilema pedeapsă versus reabilitare. Regulile de la Beijing (Rg.5), de exemplu, precizează că justiției juvenile va pune accent pe bunăstarea minorilor și tinerilor⁵⁷ și se va asigura că orice reacție față de acest tip de infractori va fi întotdeauna proporțională atât cu circumstanțele referitoare la fapte cât și la persoana făptuitorului. În comentariul la această regulă⁵⁸, semnificativ pentru dualismul celor două filosofii implicate în reglementare, se subliniază două dintre cele mai importante obiective ale justiției juvenile:

⁵⁶ Young People in Conflict with Law in Young People in Changing Societies, Regional Monitoring Report No.7-2000, Innocenti Research Centre, Florence, Italy, p.83

⁵⁷ Regulile de la Beijing folosesc termenul de "juvenile". În Regula 22.(a) el este definit drept "un copil sau tânăr care beneficiază, în acord cu prevederile unui anumit sistem juridic, de un tratament diferit de acela al adultului"

⁵⁸ http://www.unhchr.ch/html/menu3/h_comp.htm

- a.)** *Primul obiectiv* (mai apropiat de o filosofie penală restitativă, întemeiată pe valorile reintegrării) se referă la promovarea bunăstării copiilor și tinerilor care au comis fapte penale. Acesta este principalul obiectiv al acelor sisteme juridice în cadrul cărora de tratament infractorilor minori și tineri se ocupă instanțe specializate (pentru familie sau copiii și tineri) sau autoritățile administrative. Comentariul subliniază că acest obiectiv trebuie să se regăsească și în acele jurisdicții în care tratamentul copiilor și tinerilor care au comis infracțiuni se realizează în cadrul instanțelor penale obișnuite, urmărind însă să contribuie la adoptarea unor sancțiuni mai puțin punitive.
- b.)** *Al doilea obiectiv* reflectă cerințele principiului proporționalității. În acord cu acest principiu de drept penal modern, sancțiunea aplicată trebuie să țină cont simultan de gravitatea faptei dar și de persoana făptuitorului. Circumstanțele individuale ale copilului și tânărului (statutul social, situația familială, etc) *vor influența* (fără însă a se constitui într-un sistem distinct de răspunsuri, s.n DB) proporționalitatea reacțiilor - în speță sancțiunile pronunțate.

Această dualitate nu rămâne nespeculată la nivelul transpunerii standardelor în legislațiile naționale. În special, dacă nu este coroborată cu alte reglementări internaționale în materia drepturilor omului poate conduce (și a condus în unele legislații penale naționale) la instituirea doar a unei diferențe de grad între tratamentul copiilor care au comis fapte penale și acela al adulților, nu la reglementarea unui subsistem penal distinct, întemeiat pe valorile justiției restitutive.

În cadrul Ghidul de la Riyadh cu privire la prevenirea delicvenței juvenile(1990) se conturează mai clar *accentul pus pe valorile unei filosofii penale restitutive* care orientează atât prevenția cât și tratamentul copiilor și tinerilor care au comis infracțiuni, și *recomandă constituirea unor subsisteme penale distincte pentru minori*. Regula 5 (e), de exemplu, recomandă înțelegerea comportamentului care nu se conformează normelor și valorilor sociale în contextul proceselor de creștere și maturizare; el tinde să dispară spontan, la cele mai multe persoane, odată cu trecerea la vârsta adultă. Ghidul recomandă de asemenea (Regula56) evitarea stigmatizării, victimizării și a penalizării comportamentului copiilor. Măsurile legislative adoptate în acest scop vor viza ca faptele care sunt incriminate ca infracțiuni, dacă sunt comise de o persoană adultă, să nu fie considerate infracțiuni dacă au fost săvârșite de un copil.

Vârsta minimă a răspunderii penale. Nu există un standard internațional clar cu privire la vârsta la care copilul poate fi tras la răspundere penală. Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului nu menționează o vârstă sub care "copilul se

prezumă că nu are capacitatea de a încălca legea penală" (art.40., alin.3, lit.a), dar solicită statelor părți să reglementeze în legea națională această vârstă. Regulile de la Beijing stabilesc un principiu orientativ conform căruia " vârstă răspunderii penale nu va fi fixată la un nivel prea redus, ținându-se cont de maturitatea emoțională, mentală și intelectuală a copiilor" (Rg.4.1). Comitetul Națiunilor Unite pentru Drepturile Copilului a apreciat că vârsta de 10 ani (Anglia și Wales) pentru răspunderea penală este inacceptabil de redusă, deși această vârstă, și uneori chiar mai redusă (7 ani) se întâlnește în mai multe țări industrializate (Elveția, unele state Nord Americane). Diferențele între țări sunt semnificative. În unele state, legislația nu reglementează nici o vârstă, răspunderea penală, debutând, potențial, de la naștere.



VÂRSTA RĂSPUNDERII PENALE⁵⁹

7	8	9	10	12	13	14	15	16	18
Australia	Saint	Ethiopia	Nepal	Canada	Algeria	Bulgaria	Rep.	Argentina	Begia
Tasmania	Kitts	Iraq	N.	Honduras	Benin	China	Cehă	Azerbaijan	Columbia
Bngladesh	Sri-	Philipine	Zeelanda	Jamaica	Franța	Croația	Danemarca	Belarus	Costa-
Barbados	Lanka		Nicaragua	Korea	Guinea	Germania	Egipt	Bolivia	Rica
Belize			Sierra	Maroc	Niger	Ungaria	Finlanda	Chile	Ecuador
Cipru			Leone	Uganda	Polonia	Italia	Islanda	Cuba	Guatemala
Ghana			Marea		Senegal	Japonia	Lagos	El salvador	Mexico
Hong -			Britanie		Togo	Libia	Maldiv	Indonesia	Panama
Kong			Venuatu		Tunisia	Mauritius	Norvegia	Mongolia	Peru
Irlanda						Paraguay	Peru	Micronesia	Uruguay
Iordania						România	Sudan	Portugalia	
Kuweit						Rusia	Suedia	Spania	
Liban						Rwanda		Ukraina	
Myanmar						Slovenia			
Namibia						VietNam			
Nigeria						Yemen			
Pakistan						Yugoslavia			
Sudan									
Siria									
Thailanda									
Trinidad-									
Tobago									
Zimbabwe									

Vârsta la care este reglementată răspunderea penală nu reflectă însă neapărat, natura represivă sau reabilitativă a sistemelor penale. În Scoția, de exemplu, unde vârsta răspunderii penale este una dintre cele mai reduse - 8 ani- sistemul progresiv de audiere a copilului evită în fapt contactul cu sistemul formal al instanțelor pentru adulți până la vârsta de 16 ani. Codul penal român reglementează debutul răspunderii penale la 16 ani, prevăzând că în intervalul dintre 14 și 16 ani copilul răspunde dacă se dovedește că a acționat cu discernământ. Deși este una dintre vârstele ridicate ale răspunderii penale, așa cum ilustrează tabelul de mai sus, minorul de de 14 ani poate fi

adus în instanță (instanță pentru adulți) și chiar condamnat la o pedeapsă privativă de libertate (art.100, C.pen). În Anglia și Wales, actuala vârstă a răspunderii penale (10 ani), a fost recent urcată de la aceea de 8 ani. De asemenea, la sfârșitul anului 1997, s-a abrogat dispoziția referitoare la capacitatea penală restrânsă ("doli incapax"). Cu toate acestea, sistemul englez are una dintre cele mai îndelungate tradiții în privința măsurilor alternative destinate copiilor care au comis infracțiuni, menite să evite, pe cât posibil, contactul copiilor cu sistemul penal formal, și să contribuie la reintegrarea lor în comunitate. Deși în 1997 Crime and Disorder Bill (adoptat la 2 decembrie 1997) a introdus schimbări radicale în sistemul justiției pentru minori actul conservă în bună măsură ideea tratamentului diferențiat al copiilor care au comis fapte penale⁶⁰:

- responsabilitatea autorităților locale de a dezvolta parteneriatul pentru prevenirea infracțiunilor și de a furniza servicii, inclusiv în echipe inter-agenții, care să elaboreze și să controleze programe menite să promoveze alternative la încarcerarea minorilor și tinerilor.
- prin acest act copiii de peste 10 ani pot fi obligați la repararea daunelor precum și la muncă neremunerată în serviciul comunității;
- dezâvinuirea condiționată a fost interzisă în situația în care infractorul a beneficiat în ultimii doi ani de astfel de măsuri;
- guvernul a propus, de asemenea, impunerea unor restricții pentru minorii sub 10 ani care comit infracțiuni (de a se afla în anumite locuri, de a se întâlni cu anumite persoane, de a părăsi domiciliul între anumite ore);
- a reconfirmat posibilitatea amendării părinților pentru care s-a emis un ordin de supraveghere a copilului (dacă după emiterea unui astfel de ordin copilul este găsit nesupravegheat).
- guvernul și-a propus să mențină aspectele punitive ale sistemului justiției juvenile și a căutat, în același timp, să fie mult mai receptiv față de victime, etc.

Cercetările comparative în domeniul justiției juvenile consideră că singură, desprinsă de alte reglementări, *vârsta răspunderii penale*, nu este de natură să califice natura sistemului penal - represiv sau restitutiv- sau să fie concludentă în legătură cu respectarea drepturilor copiilor care au comis infracțiuni.

Arestarea și detenținerea. Convenția cu privire la Drepturile Copilului (art. 37, b) precum și standardele internaționale consideră că deținerea (sub orice formă, în orice moment procedural și în orice tip de instituție) *trebuie să fie doar o măsură de ultimă*

⁵⁹ Juvenile Justice (2000), Innocenti Digest, Innocenti Research Centre, Florence, Italy, p.5

⁶⁰ Hood, R; Shute, S; and Wilcox, A (2000) : "The Parole System at Work: A Study of Risk Based Decision-Making", London, Home Office Research Study (202),

instanță, și pe o perioadă de timp cât mai scurtă cu putință. Această prevedere se aplică pe durata întregii proceduri inclusiv când privarea de libertate este pronunțată ca sancțiune. Comitetul pentru Drepturile Copilului sublinia în comentariile sale faptul că dintre toate etapele procedurale *deținerea preventivă în arestul poliției* expune copiii și tinerii la cel mai mare risc de a fi abuzați, supuși la tortură sau alte tratamente crude, inumane sau degradante. În special fetele sunt vulnerabile la hărțuire sexuală și viol în perioada arestului preventiv la poliție. De asemenea, în acest stadiu procedural, există cel mai mare risc să li se refuze prezența acelor persoane care ar putea oferi protecție împotriva unor asemenea acte (părinți, ocrotitori legali, reprezentanți legali, asistenți sociali, etc). Rapoartele unor organizații neguvernamentale au evidențiat faptul că în perioada de arest preventiv copiii nu sunt integrați în nici un fel de programe educaționale sau de reabilitare, etc.

Alternative la procedura în instanță. Convenția cu privire la Drepturile Copilului precizează în art. 40, alin 3 (b) obligația statelor părți *de a lua măsuri, ori de câte ori este posibil, pentru a trata astfel de copii fără a se recurge la proceduri judiciare, cu condiția ca drepturile omului și garanțiile legale să fie pe deplin respectate.* Un număr din ce în ce mai mare de state depun eforturi de a găsi modalități constructive de a evita, ori de câte ori nu este necesar, contactul copiilor și tinerilor cu instanțele. Așa cum de altfel observam mai sus, această practică -a instanțelor pentru minori și tineri, a sistemelor de mediere victimă-infractor, a întâlnirilor în grup familial, etc - este folosită, în special, în cazul copiilor care sunt la prima infracțiune ușoară. În Filipine⁶¹, de exemplu, este larg practicat sistemul medierii. Asistentul social este cel care face oficiile de mediere în numele copilului care a comis infracțiunea, în timp ce copilul este lăsat în custodia părinților ori a unui membru marcant al comunității, sub supravegherea Departamentului de Asistență Socială și Dezvoltare.

În ciuda unor experiențe pozitive înregistrate, a unei adevărate tradiții a instanțelor pentru copii, existentă în diferite state, rapoartele asupra implementării standardelor internaționale în materia justiției juvenile apreciază însă că sprijinul⁶² pentru sistemele alternative este considerabil temperat de temerea legată de posibilitatea acestor răspuneri extrajudiciare de a respecta drepturile garantate copilului de Convenția cu privire la Drepturile Copilului. Funcționarea alternativelor la instanță este dependentă, în primul rând, de recunoașterea faptei de către copil. Dacă acesta neagă fapta de care este suspectat, instanța de judecată este singura instituție competentă, abilitată să stabilească adevărul. În cadrul procesului penal instanța este ținută prin

⁶¹ Juvenile Justice (2000), Innocenti Digest, Innocenti Research Centre, Florence, Italy, p.11

norme obligatorii să asigure copiilor o serie de garanții procesuale și drepturi (dreptul de a fi prezumat nevinovat; dreptul de neautodenunțare, dreptul de a fi asistat de un apărător, etc). De multe ori copiii recunosc comiterea unei fapte doar din dorința de a evita procedura formală în instanță. În al doilea rând, răspunsul la fapta comisă nu poate fi privarea de libertate - cel puțin nu în afara unei proceduri care poate fi supusă revizuirii. În practică, o astfel de posibilitate este redusă deoarece opțiunile deschise unor asemenea strategii alternative au caracter non-custodial și vizează reabilitarea și reinserția comunitară a copilului. Din aceste motive instituțiile și strategiile alternative sunt destinate doar faptelor de gravitate redusă comise de copii.

2.3.1. Justiția juvenilă : standarde elaborate în sistemul Națiunilor Unite

A.) *Reguli și Standarde Minime ale Națiunilor Unite cu privire la Administrarea Justiției Juvenile.*

Tratamentul socio-juridic al minorilor care au săvârșit infracțiuni a fost reglementat, în Sistemul Națiunilor Unite, prin *Regulile și Standardele Minime ale Administrării Justiției Juvenile - Regulile de la Beijing*⁶³ - adoptate de Adunarea Generală prin rezoluția 40/33 din noiembrie 1985. Scopul și obiectivele urmărite de Națiunile Unite prin elaborarea și adoptarea acestor reguli au fost, așa cum menționează Declarația Consiliului Economic și Social din 24 mai 1989, "*dezvoltarea, îmbunătățirea și reforma sistemului justiției juvenile din lumea întreagă.*"⁶⁴

Regulile de la Beijing au deschis un *nou capitol în legislația internațională a Drepturilor Omului*. Cîteva argumente vin în sprijinul acestei afirmații și anume :

- a.) Odată cu elaborarea acestor standarde se conturează un nou domeniu în cadrul legislației internaționale a Drepturilor Omului - respectiv *Drepturile Omului ale Copilului*. Această recunoaștere, nu face altceva decît să sancționeze în drept, rezultatele studiilor și cercetărilor psiho-sociologice, psiho-neuro-biologice, etc care au evidențiat caracterul ireductibil, *distinct al copilăriei* în procesul dezvoltării și maturizării ființei umane. În consecință, ea necesită o abordare socio-juridică diferențiată precum și reglementări distincte.

⁶² ibidem, p.12

⁶³ <http://www.unhchr.ch/html>

⁶⁴ 15th Plenary Meeting of The Economic and Social Council , 24 May 1989

- b.)** *Regulile de la Beijing* deschid calea unei noi înțelegeri și precum și a unui nou tratament juridic al comportamentul infracțional al copiilor și tinerilor. El este integrat în contextul dezvoltării, fiind considerat mai degrabă un accident, care trebuie înțeles și tratat pe fondul particularităților procesului de maturizare. În consecință, formele de intervenție și remediile reglementate, au un caracter precumpănitor socio-educational și sunt administrate în comunitate.
- c.)** Pornind de la aceste supoziții, *Regulile de la Beijing* au reprezentat începutul unui proces de reformă a justiției penale în general, a celei pentru minori în special, care s-a materializat ulterior în elaborarea de către Națiunile Unite a unui nou set de reguli care reglementează tratamentul comunitar, non-custodial al sancțiunilor penale precum și un ghid al prevenirii delinvenței juvenile.

Regulile de la Beijing reprezintă prima tentativă de a reglementa un subsistem penal centrat pe particularitățile psihosociale ale minorului delinvent, pe nevoile sale de socializare și reinserție comunitară. Ele reglementează tratamentul juridic diferențiat al copiilor care au comis infracțiuni, drepturile delinventului minor în toate fazele procesuale, precum și obligațiile profesionale/legale ale persoanelor implicate în administrarea sancțiunilor penale aplicate minorilor. Documentul este structurat în șase părți.

Prima parte - Principii Generale- precizează scopul acestor Reguli și reglementează ansamblul principiilor, normelor și valorilor care fundamentează tratamentul penal al minorilor : vârsta responsabilității penale, drepturile infractorilor minori, protecția vieții private, etc.

Standardele minime prevăd obligația statelor (rg.2.3) de a reglementa în legislația națională un set de legi, reguli și prevederi speciale aplicabile delinvenților minori, precum și înființarea unor instituții și organisme specializate în administrarea justiției pentru minori. Rolul acestor instituții este :

- a.)** de a satisface nevoile delinvenților minori, respectându-le în același timp, drepturile și
- b.)** de a satisface nevoile de securitate ale comunității.

Regulile recomandă statelor reglementarea vârstei răspunderii penale ținând cont de particularitățile maturizării emoționale, mentale și intelectuale ale minorilor. De asemenea, apreciază că interpretarea și aplicarea principiului proporționalității trebuie să se realizeze în spiritul circumstanțelor persoanele ale minorului infractor și nu neapărat în conformitate cu urmările și gravitatea faptei comise.

REGULILE DE LA BEIJING - PRINCIPII GENERALE

....

- 1.1** Statele membre se vor căuta, în conformitate cu interesele lor generale, să asigure bunăstarea copiilor și a familiilor lor.
- 1.2** Statele membre se vor strădui să realizeze condiții care vor asigura dezvoltarea normală a copiilor în comunitate, în special în acele perioade ale vieții în care sunt predispuși la comportamente deviante, și vor sprijini procesul de maturizare persoană precum și educația lor, astfel încât să-I ferească pe cât posibil de infracțiune și delicvență.
- 1.3** O atenție specială va fi acordată măsurilor pozitive, ceea ce implică mobilizarea tuturor resurselor disponibile, inclusiv familia, voluntarii și alte grupuri comunitare, școala și alte instituții comunitare, în scopul promovării bunăstării copiilor, în vederea reducerii necesității intervenției formale a legii și al instituirii unui tratament uman, echitabil al minorilor care sunt în conflict cu legea.

...

Partea a doua și a treia a Regulilor de la Beijing (*Cercetarea și urmărirea penale, Procesul și Hotărârea instanței*) reglementează *tratatamentul juridic* al minorului în toate fazele cercetării, urmăririi și procesului penal. Ele precizează *drepturile minorului* în toate fazele procesuale, procedurile speciale aplicabile minorului pe toată durata investigațiilor și procesului, precum și tratamentul la locul de detenție. *Instituționalizarea este apreciată de Regulile de la Beijing ca o soluție de ultimă instanță.*

Regulile prevăd pentru prima oară într-un document internațional *lista drepturile procesuale ale infractorilor minori (Rg.7.1):*

- prezumția de nevinovăție,
- dreptul de a i se aduce la cunoștință faptele de care este învinuit;
- dreptul la ne-auto-denunțare;
- dreptul de a fi asistat de un avocat;
- dreptul părinților sau al altor ocrotitori legali de a fi prezenți la audierea minorului;
- dreptul de a -și susține public, în contradictoriu cauza;
- dreptul de a face apel la o instanță superioară;
- dreptul la protecția vieții private (Rg.8.1);
- dreptul de a nu se publica nici o informație care ar face posibilă identificarea infractorului minor, etc

Este reglementată *obligativitatea anchetei sociale* (Rg.16.1) în orice hotărâre a autorităților competente referitoare la minorul delicvent.

La nivelul Regulilor de la Beijing este încă vizibil conflictul dintre cele două, filosofii penale concurente: cea tradițională, represivă și cea restitativă care începea să câștige teren, în special în domeniul tratamentului delicvenței juvenile. Principiile (Rg.17.1) care orientează pedepsele aplicabile minorilor reflectă tensiunea dintre valorile polare ale celor două filosofii: *reabilitare versus pedeapsă proporțională cu gravitatea faptei; asistență versus represiune; protecția individului versus protecția comunității; etc*

Una dintre obligațiile prevăzute de Regulile de la Beijing se referă la *reglementarea unei game cât mai largi și flexibile de sancțiuni* (Rg.18.1) astfel încât *instituționalizarea să fie doar o soluție de ultimă instanță*. Între acestea sunt recomandate:

- hotărârile de supraveghere;
- probațiunea;
- munca în comunitate;
- compensația și restituirea; amenzi penale;
- consilierea și terapia de grup;
- decizii de asistență alternativă;
- decizii de internare în centre educaționale, etc.

Regulile de la Beijing reglementează, de asemenea, *standardele de pregătire profesională* ale celor care sunt implicați în soluționarea cauzelor cu minori. Ele subliniază necesitatea pregătirii profesionale continue în acest domeniu, prin cursuri speciale, astfel încât personalul implicat în cauzele cu delicvenți minori să-și mențină și îmbunătățească permanent competența în acest domeniu (Rg.22.1). "*Pentru toate aceste persoane o este necesară o minimă pregătire în drept, sociologie, psihologie, criminologie și științele comportamentului. Această pregătire este tot atât de importantă ca și specializarea organizațională precum și independența autorităților competente în cauzele cu minori.*"⁶⁵

Partea a patra, Tratamentul Non-Instituțional, reglementează implementarea hotărârilor adoptate de autoritatea competentă. Deciziile adoptate în cauzele cu minori tind să influențeze, pe termen lung, viața celui în cauză într-o măsură mult mai mare decât în situația infractorilor majori. Din acest motiv, implementarea hotărârilor se va realiza de către *organisme specializate, al căror personal are pregătirea profesională necesară, prevăzută de Reguli* (Rg.23.1). De asemenea, se prevede obligativitatea

⁶⁵ Commentary on Beijing Rules; United Nations Human Rights Website

asigurării asistenței nevoilor minorului, pe toată durata procedurilor, astfel încât acesta să poată beneficia de locuință, de continuarea școlii și a pregătirii profesionale, de un loc de muncă, etc. Aceste măsuri sunt menite să faciliteze procesul de reabilitare și reinserție a minorului în comunitate (Rg.24.1).

Regulile de la Beijing, prevăd, în cea de a *cincea parte*, obiectivele, principiile și normele care trebuie să guverneze *tratatamentul instituțional al minorilor care au comis infracțiuni* (Tratatamentul Instituțional). *Obiectivul fundamental* (Rg.26.1) al asistenței și tratatamentului instituțional al minorilor care au comis infracțiuni este de a favoriza reintegrarea lor comunitară prin "*asumarea unor roluri productive și constructive pentru societate*". În acest scop minorii instituționalizați vor fi *integrați în programe de pregătire școlară și profesională, de asistență psihologică și medicală, corespunzătoare vârstei, sexului, personalității și nevoilor specifice dezvoltării lor* (Rg.26.2).

Sub raportul *organizării locurilor de detenție*, Regulile prevăd obligativitatea separării infractorilor minori de cei adulți (Rg.26.3) Regula 26.4 acordă atenție specială *minorelor* care au comis infracțiuni. Efect al stereotipurilor și discriminării, femeile și tinerele care ispășesc o pedeapsă privativă de libertate sunt tratate diferit, sunt neglijate, în comparație cu băieții/bărbații infractori. Rezoluția nr.9 a celui de al șaselea Congresal Națiunilor Unite cu privire la Prevenirea Infracționalității și Tratatamentul Infractorilor, *recomanda statelor să acorde tratament egal femeilor, în toate etapele cercetării, urmăririi și procesului penal, precum și acordarea unei atenții speciale problemelor și nevoilor lor pe durata deținerii*. Actualmente, această regulă trebuie, de asemenea, interpretată în lumina dispozițiilor Convenției Națiunilor Unite cu privire la Eliminarea tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor.⁶⁶ Regulile 28.1 și 28.2 recomandă reglementarea *instituției liberării condiționate precum și asistarea și supravegherea minorilor în această perioadă de către organisme specializate*.



⁶⁶ Adoptată și deschisă spre semnare de Adunarea Generală a Națiunilor Unite prin Rezoluția 34/180 din 18 decembrie 1979. Intrată în vigoare la 3 septembrie 1981. România a ratificat Convenția la 26 noiembrie 1981 prin Decretul nr.342 publicat în Buletinul Oficial al României, partea I, nr.94 din 28 noiembrie 1981.

REGULILE DE LE BEIJING - ELIBERAREA CONDIȚIONATĂ

Regula 28.1

Liberarea condiționată dintr-o instituție va fi folosită de autoritatea competentă cât mai mult posibil, și va fi dispusă cât mai repede cu putință.

Regula 28.2

Minorii liberați condiționat dintr-o instituție vor fi asistați și supravegheați de o autoritate competentă și vor primi întreg sprijinul comunității.

Sunt, de asemenea, încurajate *alternativele semi-instituționale* (Rg.29.1) cum ar fi centrele de zi, stabilimentele educaționale (educational homes, half way houses, etc).

Partea a șasea "Cercetare, Planificare, Elaborarea Politicilor și Evaluare" subliniază necesitatea dezvoltării cercetării științifice ca bază a politicilor din domeniul justiției penale pentru minori. Regula 30 stabilește standarde de integrare a cercetării în procesul elaborării și aplicării politicilor din domeniul administrării justiției juvenile. În acest context este recomandată evaluarea constantă a nevoilor delicvenților minori, precum și a tendințelor și aspectelor noi care apar în domeniul infracționalității. Cercetarea trebuie să ia în considerare inclusiv motivația și explicațiile pe care chiar infractorii minori le dau acestor acte.

Principiile normele și valorile prevăzute de Regulile de la Beijing au fost reiterate și completate -în spiritul Convenției Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului⁶⁷- printr-un nouă reglementare "*Regulile Națiunilor Unite pentru Protecția Minorilor privați de Libertate*", adoptată de Adunarea Generală la 14 decembrie 1990⁶⁸.

B.) Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului

În stabilirea principiilor și drepturilor fundamentale ale copilului, Convenția pornește de la Declarația Universală a Drepturilor Omului, de la alte documente și convenții de referință în materie. Convenția **recunoaște statutul special al copilariei și afirmă necesitatea protejării ei prin reglementarea unui ansamblu de norme și instituții socio-juridice (drepturi, politici sociale) de asistență și ocrotire.**

⁶⁷ Adoptată de Adunarea Generală a Națiunilor Unite la 20 Noiembrie 1989, intrată în vigoare la 2 septembrie 1990

⁶⁸ United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty, adoptate prin Rezoluția Adunării Generale nr. 45/113 întrunită în cea de a 68 a sesiune plenară la 14 decembrie 1990

Convenția asupra Drepturilor Copilului⁶⁹ cuprinde standarde universale, aplicabile tuturor copiilor lumii, fără nici un fel de discriminare. În același timp, pe fondul recunoașterii și proclamării acestor standarde comune, Convenția ia în considerare diferențele de natură culturală, socială, economică și politică dintre State, subliniind dreptul acestora de a identifica mijloacele proprii de implementare a *drepturilor comune tuturor copiilor*.

Convenția acoperă toate aspectele care aparțin în mod tradițional domeniului Drepturilor Omului - drepturile civile, politice, economice, sociale și culturale. Pentru a depăși o serie de tipologii clasice precum și conotațiile lor negative, unii comentatori ai Convenției preferă să descrie și să analizeze obiectivele sale în termeni de "protecție", "participare", etc. Convenția a constituit un important pas înainte în elaborarea unor standarde în materia protecției și ocrotirii copilului. De exemplu, *dreptul la participare* a fost pentru prima oară introdus într-un document internațional referitor la copil. Alături de el Convenția a adus o serie de inovații și completări referitoare la :

- a.)** Interesul superior al copilului, reglementat în art 3;
- b.)** Păstrarea identității (art.8).
- c.)** Libertatea de expresie și opinie a copilului (art.12).
- d.)** Prevenirea abuzului de către cei care au obligația de a-i ocroti pe copii (art.19).
Reglementarea protecției copilului împotriva abuzului intra-familial este o prevedere care a fost pentru prima oară introdusă într-un document internațional.
- e.)** Articolul referitor la adopție (art.24) este, de asemenea, de interes special datorită accentului pe care îl pune pe necesitatea adoptării unor măsuri de prevedere în special în adopțiile inter-țări.
- f.)** Sănătatea și accesul la asistență (art.24). În articolul 24 este prevăzută, pentru prima oară într-un document internațional, obligația statelor de a depune diligențe în scopul abolirii practicilor tradiționale, cum ar fi circumcizia femeii și tratamentul preferențial al băieților.
- g.)** Interzicerea torturii, a detenției pe viață și a pedepsei capitale (art.37). Articolul 37 consacră principiul conform căruia recurgerea la măsuri privative de libertate trebuie să fie doar măsuri de ultimă instanță, iar dacă au fost totuși pronunțate, le trebuie să se reducă la o perioadă cât mai scurtă de timp.
- h.)** Articolul 40 atrage de asemenea atenția asupra tratamentului penal special al copilului, precum și la necesitatea adaptării lui la standardele internaționale în materie.

⁶⁹ Convenția asupra Drepturilor Copilului a fost ratificată de România prin Legea nr.18 din 1990,

- i.) Pentru prima oară un document internațional prevede obligativitatea statelor de a face cunoscute informațiile referitoare la dreptul copilului de a-și cunoaște drepturile.

Document caracterizat de către unii autori ca o adevărată *Cartă a Drepturilor Copilului*, Convenția se articulează în jurul a patru principii fundamentale, formulate în articolele 2, 3, 6 și 12 : principiul non-discriminării; principiul interesului superior al copilului; principiul dreptului la viață supraviețuire și dezvoltare; principiul consultării și respectării opiniilor copilului.

Tratamentul copiilor care au comis fapte penale trebuie interpretat în coroborare cu aceste principii fundamentale, cu întreaga listă a drepturilor reglementate de Convenție, precum și de toate celelalte documente internaționale în materia Drepturilor Omului.

În ce privește tratamentul copiilor în conflict cu legea, Convenția se întemeiază pe un set de principii și valori care trimit, precumpănitor, la o filosofie restitativă. Ele pledează pentru constituirea la nivel național a unor sisteme alternative care asigură un tratament diferit al copiilor care au săvârșit fapte penale. Art.40, alin 3 din Convenție, prevede în acest sens *faptul că statele părți vor căuta să promoveze și să elaboreze legi, proceduri, să înființeze autorități și instituții special concepute pentru copii suspectați, acuzați sau dovediți a fi încălcat legea penală*. Implementarea acestei dispoziții obligă statele, în primul rând, să reglementeze vârsta minimă a răspunderii penale -și să prevadă în legislație faptul că sub această vârstă faptele penale comise de copii nu sunt incriminate penal (art.40, alin.3, lit.a). În al doilea rând, această dispoziție obligă statele părți să adopte măsuri, astfel încât, ori de câte ori este posibil, să trateze acești copii fără a recurge la proceduri judiciare, cu condiția ca drepturile omului și garanțiile legale să le fie pe deplin respectate (art.40, alin.3, lit.b). Convenția pledează pentru reglementarea unor proceduri sau instituții speciale menite să evite contactul copiilor cu instanțele judiciare. Fără a le numi ca atare, Convenția recomandă statelor înființarea instanțelor pentru copii sau a unor organisme para-juridice abilitate să se ocupe de copiii în conflict cu legea. Legiuitorul internațional accentuează obligativitatea statelor de a asigura respectarea drepturilor reglementate de Convenție și în cadrul acestor măsuri alternative.

Statele părți au de asemenea obligația de a asigura o varietate de măsuri alternative la instituționalizare. Între acestea art.40, alin.4 menționează deciziile de supraveghere, consilierea, probațiunea, asistența alternativă, programe educaționale și

de pregătire profesională. Măsurile alternative vizează asigurarea bunăstării copiilor. Ele trebuie să fie proporționale cu circumstanțele personale cât și cu fapta comisă.

Alături de alte drepturi civile⁷⁰ recunoscute copilului, Convenția interzice privarea ilegală sau arbitrară de libertate. Deținerea copilului - sub orice formă și în orice tip de instituție- trebuie să fie o măsură de ultimă instanță și pentru cea mai scurtă durată de timp posibilă (art.37, lit.b). Convenția reiterează (art.37, lit.a) prevederile Pactului Internațional cu privire la Drepturile Civile și Politice care interzic aplicarea pedepsei capitale sau a detenției pe viață, fără posibilitatea eliberării, persoanelor sub 18 ani.

Convenția reglementează drepturile care trebuie garantate de statele părți, copilului, suspectat sau acuzat de comiterea unei fapte penale (art.40, alin.2, lit.b):

- (i) dreptul la prezumția de nevinovăție;
- (ii) dreptul de a fi informat prompt și direct în legătură cu învinuirile care i se aduc, dacă este cazul, prin intermediul părinților sau a altor ocrotitori legali;
- (iii) dreptul de a beneficia de asistență juridică sau de altă natură în pregătirea apărării;
- (iv) dreptul de a i se examina cauza fără întârziere de către o autoritate competentă, independentă, imparțială sau instanță de judecată;
- (v) dreptul de a nu fi obligat să depună mărturie sau să-și mărturisească vinovăția;
- (vi) dreptul de a beneficia de revizuirea hotărârii de către o autoritate sau instanță de judecată superioară competentă, independentă și imparțială, în acord cu legea;
- (vii) dreptul de a fi asistat în mod gratuit de un traducător dacă nu înțelege sau nu vorbește limba folosită.
- (viii) dreptul de a i se respecta viața privată în toate etapele procedurale.

Făcând parte din normele prevăzute într-un tratat, dispozițiile referitoare la tratamentul copiilor aflați în conflict cu legea devin obligatorii pentru statele care au semnat și ratificat Convenția. Pe această cale "netezesc" calea implementării în legislațiile naționale a celorlate standarde în materia justiției juvenile, prevăzute în declarații, sau reguli speciale adoptate de Adunarea Generală a Națiunilor Unite.

În comentariile la rapoartele remise de statele părți, în temeiul art.44, Comitetul pentru Drepturile Copilului a făcut numeroase aprecieri critice cu privire la progresele lente făcute de state în implementarea dispozițiilor Convenției și a celorlalte standarde internaționale în materia justiției juvenile. Nu putem să nu observăm și cu această ocazie faptul că implementarea drepturilor copilului, inclusiv ale copilului aflat în

⁷⁰ Balahur, D (2001) : "Protecția drepturilor copilului ca principiu al asistenței sociale", Buc, Ed.All Beck

conflict cu legea, ar fi fost substanțial ameliorată, dacă ar fi fost reglementată, în Convenție sau printr-un protocol facultativ, o procedură specială de comunicare a încălcărilor.

C.) Regulile Națiunilor Unite pentru Protecția Minorilor Privați de Libertate

Regulile Națiunilor Unite pentru Protecția Minorilor privați de Libertate trebuie interpretate și implementate în legislația internă a statelor membre în acord cu prevederile tratatelor și declarațiilor de referință în materia Drepturilor Omului. Ele se întemeiază pe un set de principii și valori care reflectă tensiunea și echilibrul precar dintre filosofia penală restitutivă și aceea retributivă, dintre pedeapsă și reabilitare. Adunarea Generală a Națiunilor Unite a recomandat statelor să implementeze Regulile în legislația lor națională și să reglementeze remedii efective pentru încălcarea lor, inclusiv compensații atunci când sunt implicați copii. Statele vor monitoriza aplicarea Regulilor (Rg.7).

Spre deosebire de alte documente, Regulile definesc înțelesul termenului de "*copil și tânăr*" (juvenile) și stabilesc semnificația sintagmei de "*privare de libertate*".

În acord cu art.1 din Convenția pentru Drepturile Copilului și Regulile (Rg.11, lit.a/Anexă) stabilesc că prin sintagma de "juvenile" se înțelege orice persoană sub vârsta de 18 ani. *Privarea de libertate* înseamnă (Rg.11, lit.b/Anexă) orice formă de detenție sau de încarcerare ori plasamentul unei persoane într-o instituție de deținere publică sau privată, pe care persoana nu poate să o părăsească în mod voluntar ci numai pe baza hotărârii unei autorități judiciare, administrative sau a altei autorități publice.

Între *principiile* fundamentale care orientează, în viziunea legiuitorului internațional, protecția minorilor privați de libertate Regulile prevăd:

- a.) deținerea este o măsură de ultimă instanță;
- b.) determinarea prin lege a vârstei de la care copiii pot fi privați de libertate;
- c.) privarea de libertate se va realiza cu asigurarea drepturilor omului ale copilului;
- d.) copiilor privați de libertate li se va garanta integrarea în activități și programe care nu le afectează sănătatea și respectul de sine, care contribuie la dezvoltarea responsabilității lor și-i ajută să-și dezvolte potențialul ca membri ai societății;
- e.) legalitatea executării detenției;
- f.) prezumția de nevinovăție;
- g.) menținerea legăturilor cu comunitatea;

- h.)** detenția va fi asigurată în spații cu minime măsuri de siguranță sau chiar fără, iar numărul de copii deținuți va fi cât mai redus cu putință, în scopul realizării unui tratament individualizat;
- i.)** locurile de detenție vor fi descentralizate și integrate în mediul socio economic și cultural al comunității, etc

Regulile cuprind un *preambul* și o *anexă* structurată în cinci părți care descriu lista standardelor de organizare, funcționare și management al locurilor special amenajate pentru deținerea copiilor care au comis fapte penale. Sunt, de asemenea, precizate drepturile copilului pe toată durata privării de libertate, obligațiile care revin responsabililor locurilor de deținere, activitățile și programele de reabilitare în care sunt integrați copiii, măsurile disciplinare care se pot lua împotriva copiilor în această perioadă durată și natura lor; etc

D.) Reguli și standarde minime ale Națiunilor Unite cu privire la sancțiunile neprivative de libertate: Regulile de la Tokyo.

Consacrarea expresă a sancțiunilor și măsurilor comunitare, în legislația internațională a Drepturilor Omului, s-a realizat prin adoptarea de către al VIII lea Congres al Națiunilor Unite cu privire la Prevenirea Infracționalității și Tratatamentul Infracților, a *Regulilor și Standardelor Minime pentru Măsurile Neprivative de Libertate*- numite, la recomandarea Comitetului pentru Prevenirea și Controlul Infracționalității, *Regulile de la Tokyo*.⁷¹ Ele reprezintă cadrul normativ-juridic internațional al reglementării:

- a.)** *sancțiunilor și măsurilor neprivative de libertate.*
- b.)** *al implementării și administrării măsurilor comunitare.*
- c.)** *al standardelor de pregătire a personalului abilitat să lucreze în acest domeniu.*
- d.)** *al politicilor de implementare a acestor sancțiuni.*
- e.)** *al cooperării internaționale în materia prevenirii infracționalității și a tratamentului infracților.*

Regulile de la Tokyo, reprezintă nu numai o nouă reglementare internațională ci consacră mutațiile majore intervenite la nivelul filosofiei penale și criminologiei. Ele *transpun sub forma normativității juridice* de Drept Internațional al Drepturilor Omului principiile și valorile paradigmei justiției restitutive. Această corespondență - între filosofia penală restitativă și reglementarea de Drept internațional al Drepturilor

Omului- se evidențiază cu precădere *la nivelul obiectivelor și scopurilor urmărite prin elaborarea regulilor* :

- a.) de a pune la dispoziție un set de principii fundamentale în scopul promovării sancțiunilor neprivative de libertate precum și un minimum de garanții asigurate persoanelor care ispășesc o sancțiune neprivativă de libertate; (rg.1.1)
- b.) de a promova o implicare mai activă a comunității în managementul justiției penale, în special în tratamentul infractorilor, precum și de a dezvolta la infractori un sentiment de răspundere față de societate.(rg.1.2)
- c.) în procesul implementării regulilor, Statele Membre se vor strădui să asigure un echilibru între drepturile infractorilor, drepturile victimelor și grija societății pentru securitatea publică și prevenirea infracționalității.(rg.1.4)
- d.) statele membre vor reglementa și implementa măsurile neprivative de libertate în sistemul legislației naționale în scopul reducerii încarcerării, al raționalizării politicilor justiției penale, luînd în considerare respectarea Drepturilor Omului, cerințele dreptății sociale precum și nevoile de reabilitare ale infractorului. (rg.1.5)
- e.) în scopul realizării unei flexibilități sporite, proporționale cu gravitatea și natura infracțiunii, cu antecedentele infractorului și protecția societății, precum și în acela al evitării utilizării încarcerării ori de câte ori nu este nevoie, sistemul justiției penale va reglementa o paletă largă de măsuri neprivative de libertate, atît în etapele pre-procesuale cît și în cele procesuale și post-procesuale (Rg.2.3)

Implementarea Regulilor de la Tokyo în legislațiile naționale a condus la generalizarea măsurilor și sancțiunilor comunitare neprivative de libertate în majoritatea legislațiilor penale. De asemenea, ele constituie premisa armonizării legislațiilor naționale penale în materia sancțiunilor neprivative de libertate (prevăzută de regula 23.2.) Regulile de la Tokyo sunt structurate în opt secțiuni.

Reflectînd o nouă filosofie penală structurată în jurul valorilor justiției restitutive Regulile de la Tokyo reglementează un set *de drepturi, valori, norme și proceduri care vizează menținerea persoanei în stare de libertate*, ori de câte ori este posibil, în toate fazele cercetării, urmăririi și procesului penal, respectarea demnității sale (*Secțiunea I a Principii Generale*).



**REGULI ȘI STANDARDE MINIME ALE NAȚIUNILOR UNITE CU PRIVIRE LA
MĂSURILE NEPRIVATIVE DE LIBERTATE - REGULILE DE LA TOKYO**

3.1. Introducerea, definirea și aplicarea sancțiunilor neprivative de libertate va fi prescrisă de lege.

.....

3.4. Măsurile neprivative de libertate, care impun infractorului anumite obligații, aplicate înainte sau în locul procesului, necesită consimțământul persoanei.

3.5. Hotărârea care pronunță o măsură neprivativă de libertate trebuie să beneficieze de posibilitatea de a fi revizuită de o altă instanță sau autoritate competentă, la cererea infractorului.

3.6. Infractorul trebuie să beneficieze de dreptul de a adresa cereri sau plângeri unei instanțe sau altei autorități competente, independente referitoare la respectarea drepturilor sale pe toată durata implementării măsurilor neprivative de libertate.

.....

3.9. Demnitatea infractorului care ispășește o măsură neprivativă de libertate va fi respectată.

3.10. În cursul implementării măsurilor neprivative de libertate drepturile infractorului nu vor fi restrânse decât în limitele care au fost stabilite de autoritatea competentă care a luat decizia inițială.

Regulile recomandă, ca ori de câte ori este posibil, poliția, procuratura sau alte agenții care se ocupă de cazurile penale să poată, pe baza legii, (*Secțiunea a II a, Faza pre-procesuală*) să dezvinovățească infractorul, dacă această decizie vine în sprijinul protecției societății, prevenirea infracțiunilor și promovarea respectului pentru drepturile victimei (Rg.5.1)

Integrarea acestor noi valori și principii presupune modificări esențiale la nivelul legislațiilor penale naționale, reglementarea unor noi instituții care să permită derularea tuturor etapelor procesual penale cu respectarea drepturilor actorilor implicați în comiterea unei infracțiuni: victimă, comunitate, infractor. În acest scop autoritățile naționale competente vor avea la dispoziție *un spectru larg de măsuri neprivative de libertate* (*Secțiunea a treia: Procesul și Condamnarea*). În decizia pe care o adoptă instanța trebuie să ia în considerație nevoile de reabilitare ale infractorului, protecția societății precum și interesele victimei.

**REGULI ȘI STANDARDE MINIME ALE NAȚIUNILOR UNITE CU PRIVIRE LA
MĂSURILE NEPRIVATIVE DE LIBERTATE -REGULILE DE LA TOKYO**

8.1. Avînd la dispoziție un spectru larg de măsuri neprivative de libertate, autoritățile judiciare, vor lua în considerație, în deciziile pe care le vor adopta, nevoile de reabilitare ale infractorului, protecția societății și interesele victimei, care va fi consultată ori de cîte ori este necesar.

8.2. Autoritățile care hotărăsc pot decide asupra uneia dintre următoarele măsuri:

- a.)** Sancționarea verbală cum ar fi : admonestarea, mustrarea, avertismentul;
- b.)** Renunțarea condiționată la învinuire;
- c.)** Sancțiuni economice și amenzi;
- d.)** Confiscare sau decizie de expropriere;
- e.)** Restituirea;
- f.)** Suspendarea sau amînarea pronunțării hotărîrii;
- g.)** Probațiunea și supravegherea judiciară;
- h.)** Muncă în serviciul comunității;
- i.)** Arest la domiciliu;
- j.)** Orice alt tratament non-instituțional;
- k.)** Combinarea măsurilor de mai sus.

Observam într-un studiu recent⁷² faptul că una dintre formele de manifestare a pluralismului juridic, caracteristic postmodernismului juridic, este efectul apropierii dreptului de viața indivizilor, grupurilor și comunităților. Regulile de la Tokyo sunt ilustrative pentru acest proces. Reglementările nu mai au un caracter general, abstract ci fac referire expresă la nevoile personale, la circumstanțele socializării.

Capitolul V, referitor la *implementarea măsurilor neprivative de libertate*, prevede obiective, proceduri, strategii de intervenție centrate pe nevoile infractorului, pe rezolvarea problemelor care au condus la comportamentul infracțional. Ele își pun amprenta asupra strategiilor și planului de intervenție ale consilierului de probațiune, care vor fi strict centrate pe caz. Durata măsurilor, condițiile pe care trebuie să le îndeplinească infractorul sunt de asemenea adaptate la comportamentul său, la eforturile de reintegrare.

Scopul supravegherii infractorului în comunitate (Rg.10.1) este reducerea riscului de recidivă precum și de a sprijini reintegrarea sa în modalități care previn

⁷² Balahur, D (2004) : Probation and Community Reintegration , Buc, Ed.Didactică și Pedagogică

reîntoarcerea sa la comportamentul antisocial. În această direcție, regula 10.3 prevede adaptarea supravegherii și a tratamentului la fiecare caz în parte, precum și revizuirea periodică a acestora în funcție de progresele înregistrate de infractor. Răspunsul favorabil la aceste măsuri poate să conducă la *scurtarea duratei* de supraveghere. Regula 11.2 *reglementează posibilitatea reducerii termenului de aplicare a măsurii de supraveghere dacă infractorul răspunde favorabil la ea.*

Centrarea supravegherii și adaptarea planului de reintegrare la nevoile infractorului sunt reglementate distinct de Regulile 13.1- 13.6

**REGULI ȘI STANDARDE MINIME ALE NAȚIUNILOR UNITE CU PRIVIRE LA
MĂSURILE NEPRIVATIVE DE LIBERTATE - REGULILE DE LA TOKYO**

13.1. În cadrul unei anumite măsuri de supraveghere, se vor elabora și dezvolta scheme variate, menite să satisfacă efectiv nevoile infractorului, cum ar fi terapia centrată pe subiect, terapia de grup, programe rezidențiale, precum și tratamentul specializat al diferitor categorii de infractori.

....

13.3. Ori de câte ori se constată necesitatea administrării unui tratament, vor fi făcute eforturi de a înțelege antecedentele infractorului, personalitatea, aptitudinile, inteligența, valorile sale și în special circumstanțele care l-au condus la comiterea infracțiunii.

Standardele și regulile minime ale Națiunilor Unite cu privire la măsurile neprivative de libertate acordă o atenție specială *pregătirii personalului care lucrează în domeniul administrării sancțiunilor comunitare (Secțiunea aVI a: Personalul)*. Această pregătire este în viziunea legiuitorului internațional multiplu dimensionată : de natură morală, juridică și psiho-sociologică. *Pregătirea în acest domeniu trebuie să contribuie la :*

- a.)** *clarificarea responsabilității persoanelor în ce privește reabilitarea infractorilor (Rg.16.1)*
- b.)** *cunoașterea drepturilor infractorului, precum și cele ale comunității (Rg.16.2)*
- c.)** *informații despre natura măsurilor neprivative de libertate, scopul supravegherii, despre varietatea mijloace de aplicare a acestor măsuri (Rg.16.2).*
- d.)** *pregătirea, cunoștințele și capacitatea personalului se vor îmbunătăți pe baza organizării unor cursuri specializate (Rg.16.3)*

Corespunzător filosofiei penale restitutive pe care se întemeiază, Regulile de la Tokyo reglementează *participarea comunității și cooperarea cu organismele guvernamentale și non-guvernamentale, cu voluntarii în procesul implementării și administrării măsurilor neprivative de libertate* (Secțiunea a VII a: *Voluntarii și alte Resurse Comunitare*).

**REGULI ȘI STANDARDE MINIME ALE NAȚIUNILOR UNITE CU PRIVIRE LA
MĂSURILE NEPRIVATIVE DE LIBERTATE- REGULILE DE LA TOKYO**

17.1. Participarea publică va fi încurajată deoarece ea reprezintă o resursă majoră și unul dintre cei mai importanți factori în îmbunătățirea legăturilor dintre infractori, familie și comunitate. Ea va fi complementară eforturilor de administrare a justiției penale.

17.2. Participarea publică va fi privită ca o posibilitate deschisă membrilor comunității de a contribui la protecția societății lor.

....

18.1. Agențiile guvernamentale, sectorul privat și opinia publică vor fi încurajate să sprijine organizațiile nonguvernamentale care promovează măsurile neprivative de libertate.

.....

18.3. Mijloacele de comunicare în masă vor fi folosite în scopul creerii unei atitudini publice constructive menite să conducă la o aplicare mai largă a măsurilor neprivative de libertate și la integrarea socială a infractorilor.

Secțiunea finală a Regulilor de la Tokyo (Secțiunea a VIII a, *Cercetare, Planificare, Elaborarea Politicilor și Evaluarea*) reglementează cercetarea, planificarea, elaborarea și evaluarea programelor și politicilor sociale de promovare a măsurilor neprivative de libertate. *Programele și politicile sociale referitoare la măsurile neprivative de libertate fac parte integrantă din sistemul justiției penale naționale* (Rg.21.1). În această calitate ele vor fi revizuite și îmbunătățite periodic pentru a determina o implementare și administrare mai eficiente a măsurilor neprivative de libertate. Este reiterată importanța specială pe care o are promovarea cooperării științifice internaționale în domeniul sancțiunilor neprivative de libertate.

Subliniam mai sus că Regulile de la Tokyo au contribuit decisiv la mutațiile majore care au avut loc în legislațiile și sistemele penale naționale, în ultimul deceniu. Implementarea lor în legislațiile interne s-a făcut în cadrul procesului mai larg de

armonizare cu valorile și standardele reglementate de Dreptul Internațional al Drepturilor Omului.

În ce privește România, promovarea și implementarea măsurilor neprivative de libertate s-a realizat (și se realizează) prin efortul concurent al societății civile și organismelor guvernamentale, prin sprijinul și asistența financiară și tehnico-științifică internaționale.

În România serviciile de probațiune au funcționat inițial ca inițiativă privată sub forma fundațiilor și asociațiilor. Activitatea lor a fost însă de la început coordonată de un departament de specialitate din cadrul Ministerului Justiției și a beneficiat de consultanță științifică, de asistență tehnică și financiară din partea experților Fondului Know-How al Guvernului Regatului Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord. La începutul anului 2000 existau 11 astfel de organizații non-guvernamentale în România.

Organizarea și funcționarea Serviciilor de supraveghere și reintegrare socială a persoanelor care au comis infracțiuni, în România, a fost reglementată prin OG nr.92, publicată în Monitorul oficial nr.423 din 1 septembrie 2000. Întreg ansamblul dispozițiilor normative cuprinse în OG 92/2000, precum și în normele metodologice de aplicare, referitoare la practica și obligațiile profesionale ale consilierului de probațiune reflectă atât spiritul standardelor internaționale și regionale în materia drepturilor omului. Aceste aspecte au fost subliniate în capitolul referitor la organizarea și managementul serviciilor de probațiune.

E.) Ghidul Națiunilor Unite cu privire la prevenirea delicvenței juvenile (Ghidul de la Riyadh)

Ghidul Națiunilor Unite cu privire la Prevenirea Delicvenței Juvenile (Ghidul de la Riyadh) a fost adoptat de Adunarea Generală prin rezoluția 45/112 din 14 decembrie 1990⁷³. El reflectă, de asemenea, procesul reconstrucției sistemelor penale în spiritul valorilor justiției restitutive, al parteneriatului actorilor sociali implicați în dezvoltarea și re-socializarea copilului care a comis infracțiuni. Ghidul de la Riyadh cuprinde VII secțiuni

În spiritul universalității și indivizibilității Drepturilor Omului, Ghidul subliniază (*Partea aIIa: Scopul Ghidului*) necesitatea interpretării și aplicării dispozițiilor sale în cadrul mai larg al drepturilor reglementate de documentele fundamentale în materie - Declarația Universală, Pactul Internațional cu privire la

⁷³ <http://www.un.org/recs/45/112>

Drepturile Civile și Politice, Pactul Internațional cu privire la Drepturile Economice Sociale și Culturale, Declarația și Convenția cu privire la Drepturile Copilului, Regulile și Standardele Minime ale Națiunilor Unite cu privire la Administrarea Justiției Juvenile (Regulile de la Beijing), etc.

Prevenirea delinvenței juvenile este parte integrantă a procesului mai larg de prevenire a infracționalității în societate. Ea presupune un ansamblu de principii care condiționează eficiența prevenirii delinvenței juvenile, prevăzute în secțiunea a-I-a a Ghidului (*Principii Fundamentale*). Între acestea Ghidul de la Riyadh reglementează:

- a.) Interpretarea normelor se va realiza dintr-o perspectivă centrată pe copil și nevoile sale. Copii și tinerii vor avea un rol activ și vor fi considerați parteneri și nu obiect al socializării sau controlului (Principii generale, para.3).
- b.) Implementarea Ghidului se va face în consens cu principiul asigurării bunăstării copilului (Principii generale, para.4).
- c.) Politicile de prevenire a delinvenței juvenile vor realiza progresiv depenalizarea și dezincriminarea acelor comportamente ale copilului care nu prejudiciază dezvoltarea sa și nici nu produc daune altora (Principii generale, para.5).

Politicile recomandate de Ghidul de la Riyadh în domeniul prevenirii delinvenței juvenile reflectă mutațiile intervenite în filosofia sistemelor penale și în criminologie în ultimii 10 -15 ani. *Comportamentul minorului care nu observă normele și valorile sociale, apreciază legiuitorul internațional, trebuie tratat în contextul proceselor de creștere și maturizare. El tinde să dispară în mod spontan, la cei mai mulți indivizi, odată cu tranziția la vîrsta adultă.* Etichetarea acestor comportamente ale copilului drept "devianță", "delinvență" sau "pre-delinvență" are un efect negativ, contribuind, dese ori, la întărirea lor.

Ghidul acordă o atenție specială *socializării copilului*, rolului pe care îl au, în cadrul acestui proces, familia, educația, comunitatea și mijloacele de comunicare în masă în direcția prevenirii delinvenței (Secțiunea a IV a Procesele de Socializare).

GHIDUL NAȚIUNILOR UNITE PENTRU PREVENIREA DELICVENȚEI JUVENILE
- GHIDUL DE LA RIYADH

12. Deoarece familiei îi revine responsabilitatea primordială în procesul socializării copiilor, eforturile sociale și guvernamentale se vor orienta spre menținerea integrității familiei, inclusiv a familiei extinse. Societatea are obligația de a de a sprijini familia în asigurarea ocrotirii, a bunăstării fizice și mentale a copiilor.

14. Ori de câte ori mediul familial stabil nu poate fi asigurat iar eforturile comunității de a asista părinții nu dă rezultate, iar familia lărgită nu poate îndeplini acest rol, vor fi adoptate măsuri alternative de plasament sau adopție.

.....

20. Guvernele au obligația de a garanta accesul la educația publică tuturor copiilor.

21. Sistemele de educație, în strânsă legătură cu activitatea de pregătire academică și profesională, vor acorda o atenție specială următoarelor aspecte:

.....

b) Promovarea și dezvoltarea personalității, a talentelor și capacităților mentale și fizice ale copiilor;

.....

d.) Încurajarea copiilor să înțeleagă și să respecte diversitatea opiniilor, a culturilor precum și a altor diferențe.

e.) Realizarea activității didactice într-un climat emoțional pozitiv și interzicerea abuzului psihologic asupra copilului.

f.) Interzicerea măsurilor disciplinare degradante, în special a pedepsei corporale.

....

40. Mijloacele de comunicare în masă vor fi încurajate să asigure accesul la informație al copiilor și tinerilor dintr-o diversitate de surse interne și externe.

41. Mass-media va fi încurajată să disemineze informație cu privire la contribuția pozitivă a copiilor și tinerilor în societate.

Secțiunea a Va - *Politici sociale*- prevede necesitatea promovării unor programe de prevenire a delinvenței juvenile întemeiate pe cercetarea științifică și identificarea factorilor de risc, astfel încât instituționalizarea să fie într-adevăr o soluție de ultimă instanță.

Studiile și cercetările în domeniul infracționalității copiilor și tinerilor au evidențiat că principalii factori care conduc la comportamentul infracțional sunt legați de *disfuncțiile care intervin în relațiile dintre copil și instituțiile implicate în procesul de socializare-dezvoltare* - familie, școală, comunitate, etc. Principalii factori, care diferențiază infractorii minori de ceilalți copii, identificați într-un studiu realizat de Graham și Bowling⁷⁴ sunt:

a.) supraveghere redusă din partea părinților;

b.) absenteism și adandon școlar;

⁷⁴ Graham, J; Bowling, B. (1995) "Young People and Crime", Home Office Research Study (145), cap.7

- c.) grup de prieteni care au probleme cu poliția;
- d.) atașament familial redus.

Un procent de 80% dintre adolescenții (băieți) cu aceste probleme sunt și infractori. Familia, școala și grupul de prieteni -conchid Graham și Bowling- sunt principalii factori care influențează începutul carierei infracționale. Între aceștia, relațiile de familie au o influență decisivă. Prevenirea eficientă a delicvenței juvenile presupune, după cei doi autori, promovarea unor politici sociale care mențin sub control factorii de risc. Sprijinirea familiilor cu probleme prin diferite programe de asistență, îmbunătățirea supravegherii copiilor de către părinți, întărirea rolului școlii (prevenirea și combaterea absenteismului și a abandonului), dezvoltarea parteneriatului școală-familie, programe de pregătire a adolescenților pentru o viață independentă - sunt măsuri care contribuie la reducerea factorilor de risc în debutul sau continuarea carierei infracționale a copiilor și tinerilor.

Pe baza unor studii desfășurate în Marea Britanie și Statele Unite al Americii David Farrington⁷⁵ identifica și clasifica metodele de prevenire a infracționalității (generale și juvenile) în patru mari categorii:

- a.) Prevenția realizată în procesul dezvoltării. Ea se adresează factorilor de risc identificați de studiile asupra dezvoltării umane;
- b.) Prevenția comunitară. Se referă la intervenția menită să schimbe condițiile sociale și instituțiile care influențează comiterea faptelor penale.
- c.) Prevenția situațională se referă la intervenția menită să reducă oportunitățile pentru comiterea infracțiunilor.
- d.) Prevenția prin intermediul sistemului justiției penale. Acest tip de prevenție se referă la modalitățile tradiționale de descurajare, de restrângere a unor libertăți, și la strategii de reabilitare folosite de sistemul justiției penale.

Între programele care au avut efecte pozitive în domeniul prevenției Farrington menționează: vizite dese la domiciliu; consilierea în domeniul educației și deprinderilor parentale; învățarea unor strategii de rezistență la influența grupului; programe de eliminare a violenței din școli; prevenția situațională a infracțiunilor.

În secțiunea a VI a, Legislația și *Administrarea Justiției pentru Minori*, se prevede obligația statelor de a elabora acte normative și proceduri speciale (52) menite să protejeze drepturile și bunăstarea copiilor. Legislația în această materie va trebui să prevină victimizarea, abuzul, și folosirea copiilor în activități infracționale.

⁷⁵ Farrington, D (1996) : "Understanding and Preventing Youth Crime", Joseph Rowntree Foundation, p.27

Secțiunea a VII, reiterează rolul cooperării internaționale în promovarea unor studii și cercetări interdisciplinare, în schimbul de informații și asistența tehnico-financiară în domeniul prevenirii delicvenței juvenile.

2.3.2. Implementarea standardelor Națiunilor Unite cu privire la justiția juvenilă în statele aflate în tranziție

Țările aflate în tranziție se confruntă, în ritmuri și trenduri variabile de la o țară și de la o regiune la alta, cu creșterea ratelor delicvenței juvenile precum și cu schimbări în natura și tipul de infracțiuni comise de copii și tineri. Datele statistice evidențiază o creștere generală a ratelor delicvenței juvenile în aceste țări, în unele dintre ele (16) această rată fiind în 1998 dublă față de aceea din 1989.

*Raportul regional asupra delicvenței juvenile*⁷⁶ realizat pe 27 de țări în tranziție identifică însă diferențe semnificative între zonele geografice, precum și între mediul urban și cel rural. Astfel, statele Central Europene au rate relativ ridicate ale delicvenței juvenile, în timp ce țările balitice și cele din vestul Comunității Statelor Independente au, comparativ, rate mai reduse. Țările balcanice se confruntă cu trenduri opuse, fie ascendente, fie staționare la niveluri mai reduse, în timp ce țările din zona Caucaziană și din Asia Centrală au în mod constant rate reduse ale delicvenței juvenile.

Analiza statistică realizată de Raport (p.86) evidențiază, de asemenea, că țările tind să se grupeze pe subregiuni. Structura geografică generală sugerează că țările cu grad mai ridicat de urbanizare au rate mai ridicate ale infracționalității (atât totale cât și ale delicvenței juvenile) în comparație cu acelea în care stilul rural tradițional de viață a rămas încă puternic. Societățile tradiționale rurale din centura sudică a regiunii se sprijină mai mult pe familie și controlul comunității pentru a preveni și pedepsi comportamentul anti-social. Din acest motiv ele au rate semnificativ mai scăzute ale infracționalității. Țările industrializate, cu o civilizație urbană dezvoltată, regurg precumpănitor la mijloace juridice formale și se confruntă cu rate mai ridicate ale infracționalității. Această structură, menționează Raportul, are implicații pentru copiii și tinerii din diferite regiuni, generând diferențe marcante de tratament. Unii sunt implicați în proceduri judiciare, în timp ce alții experimentează remedii sociale, în special pentru infracțiunile de gravitate redusă. Diferențele culturale și instituționale conduc la diferențe semnificative de tratament pentru același tip de infracțiune.

⁷⁶ UNICEF (2000) "Young People in Changing Societies" Regional Monitoring Reports, No.7, Innocenti Research.. Centre, p.85

Țările în tranziție se confruntă nu numai cu rate mai ridicate ale delicvenței juvenile dar și cu schimbări în natura și tipurile de infracțiuni comise de copii și tineri. Infracțiunile împotriva proprietății reprezintă mai mult de două treimi din infracțiunile comise de copii și tineri. Este în creștere și numărul infracțiunilor violente comise de copii și tineri (în special grupa de vârstă 16-17 ani; copiii sub 14 ani și chiar mai jos încep și ei să apară în calitate de subiect activ al unor fapte penale). În distribuția pe sexe se înregistrează, de asemenea, o creștere a infracționalității fetelor.

Implementarea standardelor internaționale referitoare la justiția juvenilă, parte integrantă a procesului mai larg de reformă a sistemului legislativ și de justiție, înregistrează ritmuri variabile și măsuri diferite de la o țară la alta. Tranziția spre valorile democrației în domeniul justiției juvenile presupune: revizuirea și modificarea legislației, pregătirea profesioniștilor în acest domeniu, crearea unor noi instrumente pentru prevenirea infracționalității, asigurarea resurselor necesare implementării noii legislații, etc.

Măsurile legislative adoptate de țările în tranziție variază de la modificări și completări la revizuirea integrală a legislației care afectează tratamentul penal al copiilor. Bulgaria a adoptat amendamente la Codul penal și a elaborat o nouă lege pentru combaterea și prevenirea delicvenței juvenile. Noi coduri penale, sau modificări și completări substanțiale ale legii penale, astfel încât să devină compatibile cu standardele internaționale, s-au realizat în Albania (1995), Rusia (1996), Georgia (1997) Polonia (1998), etc. Revizuirea procedurii penale în cauzele cu copii și tineri s-a realizat în Georgia și Rusia. Principalele modificări au vizat integrarea standardelor internaționale. Noul Cod penal adoptat în Polonia pune accent pe măsurile neprivative de libertate pentru copiii care au comis fapte penale. Codul penal lituanian reglementează un sistem special de sancțiuni pentru minori, etc, (Raport regional, p.95). O serie de modificări și completări ale Codului penal (introduse prin legea 140/1996) permit instanțelor din România să evite pronunțarea unei pedepse privative de libertate în cauzele cu minori - fără însă a putea vorbi de un tratament diferențiat al copiilor care au comis fapte penale.

Privarea de libertate, fie în etapele pre-procesuale, fie ca sancțiune, continuă însă să fie practică, în diferite proporții, în țările în tranziție. Tratamentul copiilor în detenția pre-procesuală a constituit obiectul unor rapoarte speciale realizate de Raportorul Special al Națiunilor Unite asupra Torturii. Raportul realizat în 1999, sublinia precaritatea condițiilor în care sunt deținuți copiii - în locuri supraaglomerate, împreună cu infractorii adulți, hrana neadecvată, condițiile igienico-sanitare deficitare,

absența asistenței medicale, absența unor programe educaționale- precum și abuzurile fizice și sexuale la care sunt supuși.

Privarea de libertate, cu variații semnificative de la o țară la alta, continuă să fie pronunțată ca sancțiune, în special în țările în care legislația nu a reglementat măsuri alternative neprivative de libertate și înființarea serviciilor de probațiune. În țările în care există servicii de probațiune ele sunt folosite fie în complementaritate fie în locul pedepsei privative de libertate. În Ungaria, în 1997, 61% dintre copii care au comis infracțiuni au fost puși sub probațiune iar în Polonia, în aceeași perioadă, 50% . În Federația rusă, în perioada 1992-1996 recursul la probațiune s-a dublat, de la 16 % la 35%.

Comentariile⁷⁷ și recomandările formulate de Comitetul pentru Drepturile Copilului în privința implementării standardelor justiției juvenile în țările în tranziție au fost critice și au subliniat:

- Necesitatea revizuirii și reformei sistemului justiției juvenile în spiritul standardelor internaționale (Armenia, Azerbaijan, Bulgaria, Republica Cehă, Georgia, România, Rusia).
- Pregătirea specială în domeniul standardelor internaționale a judecătorilor, a personalului din poliție, asistență socială (Azerbaijan, Bulgaria, Ungaria, Republica Cehă, România, Rusia, Ucraina, RF Yugoslavia)
- O mai bună protecție a drepturilor copiilor privați de libertate (Armenia - cu referire specială la durata detenției pre-procesuale, accesul limitat al vizitatorilor în această perioadă, condițiile de detenție inclusiv absența separării de adulți; Azerbaijan (munca corecțională); Georgia (condițiile de detenție, hrană, îmbrăcăminte, încălzire inadecvate, absența programelor educaționale); Ungaria (relele tratamente din centrele de detenție); Polonia, Slovenia (durata detenției pre-procesuale) etc.
- Un sistem independent și accesibil pentru plângerile adresate de copiii aflați în detenție (Georgia, Rusia, RF Yugoslavia).
- Respect adecvat pentru dreptul copilului de a beneficia de asistență judiciară și de revizuirea hotărârilor judiciare (Armenia, Georgia și Kyrgyzstan).
- Eliminarea din sistemul justiției a stigmatizării grupurilor vulnerabile de copii -în special de țigani (Bulgaria, Ungaria, Republica Cehă).

⁷⁷ Pe baza unei proceduri reglementate de art.44 din Convenția cu privire la Drepturile Copilului, Comitetul pentru Drepturile Copiilor face comentarii și recomandări pe marginea rapoartelor pe care statele părți au obligația să le remită la doi ani de la ratificarea Convenției și ulterior din cinci în cinci ani. Comentariile pe care le cităm se referă la statele în tranziție ale căror rapoarte au fost revizuite până la 15 iunie 2000. Pe lângă comentariile și recomandările cu caracter general Comitetul face referiri și recomandări speciale fiecărui stat în parte.

- Mai multă atenție acordată măsurilor de prevenire (Polonia și Ucraina).
- Absența protecției drepturilor copilului în timpul cercetării și urmăririi penale (RF.Yugoslavia).

Ameliorarea procesului de implementare a standardelor internaționale în domeniul justiției juvenile în țările aflate în tranziție are ca priorități⁷⁸:

- perfecționarea pregătirii tuturor celor implicați în administrarea justiției juvenile, inclusiv a magistraților și polițiștilor;
- înființarea unor servicii sociale și para-juridice specializate;
- reglementarea unor alternative la sistemul formal al instanțelor și respectarea, în același timp, a dreptului la un proces corect;
- crearea unui sistem restitativ de justiție și reglementarea sancțiunilor neprivative de libertate.

3. Reglementarea sancțiunilor neprivative de libertate în sistemul european al drepturilor omului.

În sistemul European de protecție a Drepturilor Omului, ideea de a integra comunitatea și în special victima în cadrul justiției penale aparține, așa cum observăm mai sus, Consiliului Europei. *Consiliile de reabilitare* înființate în 1979, au reprezentat o primă tentativă de instituționalizare a tratamentului comunitar al persoanelor care au comis infracțiuni.

Elaborarea unui document european special, în materia drepturilor omului, care reglementează sancțiunile neprivative de libertate, s-a realizat, de asemenea, sub egida Consiliului Europei. La 19 octombrie 1992, Consiliul Europei- adopta Recomandarea Nr.(92)16 referitoare la "*Regulile Europene cu privire la Sancțiunile și Măsurile Comunitare*."⁷⁹ Valorile, principiile și normele care fundamentează aceste Reguli se întemeiază pe unul dintre cele mai importante și eficace documente regionale în materia Drepturilor Omului, respectiv pe *Convenția Europeană a Drepturilor și Libertăților Fundamentale ale Omului* semnată, sub auspiciile Consiliului Europei, la 4 noiembrie 1950 la Roma. Ea prezintă o semnificație specială pentru dreptul internațional al drepturilor omului din mai multe motive: a fost primul tratat din lume în materie; el a înființat prima procedură și curte internaționale unde se pot adresa plângeri în domeniul drepturilor omului; este cel mai dezvoltat și eficient dintre toate sistemele de drepturi

⁷⁸ Cantwell, N (2000) : "Nothing More Than Justice", in *Juvenile Justice*, Innocenti Digest, No.3, p.17

ale omului; jurisprudența dezvoltată este cea mai extinsă în comparație cu orice alt sistem internațional.

Elaborarea *"Regulile Europene cu privire la Sancțiunile și Măsurile Comunitare"*⁸⁰ a avut trei scopuri principale :

- a.) să stabilească un set de standarde care să dea posibilitatea legislațiilor naționale să reglementeze și să aplice eficient sancțiunile comunitare, neprivative de libertate.
- b.) să realizeze un sistem de garanții împotriva încălcării drepturilor omului ale infractorilor supuși unor asemenea sancțiuni;
- c.) să creeze un ansamblu de reguli necesare celor care sunt răspunzători de implementarea și administrarea acestor măsuri.

Ele au fost considerate o completare la Regulile Europene referitoare la regimul de Detenție în Închisori (European Prison Rules) adoptate în 1987.

Regulile europene în materia măsurilor comunitare se întemeiază, de asemenea, pe valorile și principiile justiției restitutive. Opțiunea pentru termenul de *"măsuri și sancțiuni comunitare"* a fost considerată mai transparentă la semnificații în comparație cu aceea de *"măsuri alternative"*, sau *"măsuri neprivative de libertate"* și mult mai sugestivă cu privire la natura lor, diferită opusă, față de sancțiunilor privative de libertate. Prin elaborarea lor - sublinia W.Rau ⁸¹- Consiliul Europei a intenționat să contribuie la reconstrucția sistemelor penale ale țărilor membre, să promoveze un echilibru între drepturile societății, victimei și infractorului.

Obiectivele și scopurile urmărite de Consiliului Europei prin elaborarea regulilor sunt exprimate în Recomandarea Nr.(92)17 adoptată în aceeași zi. Această recomandare precizează că sancțiunile privative de libertate vor fi considerate ca măsuri de ultimă instanță și numai în acele cazuri în care orice altă pedeapsă este în mod evident neadecvată (para.B.5a). În scopul promovării sancțiunilor și măsurilor comunitare instanța va pronunța o sancțiune sau măsură comunitară în locul pedepsei privative de libertate pentru anumite infracțiuni (para.B.5c). Recomandarea precizează că sancțiunile neprivative de libertate trebuie înțelese ca adevărate pedepse, nu numai de către legea penală dar și de către opinia publică care ar trebui să sprijine și să participe la implementarea lor (para.B.6).

⁷⁹ www.coe.int

⁸⁰ www.coe.int

⁸¹ Rau, W (1997) : "European Standards in the Area of Community Sanctions and Measures" in R.Ville, U.Zvekic, J.Klaus, Promoting Probation Internationally, Rome/London, pag.182

În concepția legiuitorului european aceste măsuri acoperă o sferă largă de sancțiuni penale aplicabile adulților care au comis infracțiuni. Dincolo de marea lor varietate măsurile și sancțiunile *comunitare au în comun trei elemente* :

- a.) mențin infractorul în comunitate;
- b.) impun anumite restrângeri ale libertății (prin condiții și obligații pe care trebuie să le îndeplinească infractorul);
- c.) ele sunt implementate și administrate de agenții specializate.

Regulile europene conțin un preambul și trei părți împărțite în 11 capitole. Ele sunt însoțite de o anexă care cuprinde definiția principalelor concepte folosite de legiuitorul european.

Prima parte (Principii generale) conține principii generale referitoare la reglementarea și aplicarea măsurilor și sancțiunilor comunitare. Cele patru capitole care fac parte din această primă secțiune *definesc principiile fundamentale de drept care au stat la baza elaborării Regulilor* :

- principiul legalității incriminării,
- garanțiile judiciare,
- respectul pentru drepturile fundamentale ale infractorului și familiei sale,
- cooperarea și consimțământul infractorului, etc.

Aceste principii reflectă valorile protejate de Convenția Europeană a Drepturilor și Libertăților Fundamentale ale Omului, cu referire specială la art.6 (Dreptul la un proces echitabil).

REGULILE EUROPENE CU PRIVIRE LA SANCTIUNILE ȘI MĂSURILE COMUNITARE

Regula 3 :

Definirea, adoptarea și aplicarea sancțiunilor și măsurilor comunitare trebuie stabilite prin lege.

Regula 7 :

Organele care răspund de executarea sancțiunilor și măsurilor comunitare trebuie prevăzute prin lege.

Obligațiile organelor de executare trebuie, de asemenea, stabilite de lege.

Regula 12 :

Hotărârea de impunere sau de revocare a unei sancțiuni comunitare sau a unei măsuri premergătoare procesului trebuie luată de instanța judecătorească.

Regula 22 :

Natura sancțiunilor și măsurilor comunitare, modul lor de executare trebuie să fie în conformitate cu sistemul drepturilor omului garantate infractorului pe plan internațional.

Partea a doua se ocupă de resursele umane și materiale. Eficiența și credibilitatea acestui tip de sancțiuni și măsuri depinde de *profesionalismul* celor implicați în administrarea lor, de asigurarea resurselor materiale și financiare necesare reintegrării și supravegherii infractorilor. Personalul trebuie să fie suficient de numeros, să aibe aptitudini și pregătirea profesională necesare posturilor ocupate (rg.38). Eficacitatea acestor măsuri depinde și de un al treilea tip de resurse, respectiv de participarea comunității. *Rolul comunității este de a-i ajuta pe infractori să-și dezvolte legături constructive în cadrul acesteia, să devină conștienți de interesul pe care comunitatea îl manifestă față de ei (regula 46).*

Partea a treia a regulilor reglementează managementul implementării și administrării sancțiunilor și măsurilor comunitare. Ele stabilesc, de asemenea, o serie de garanții și proceduri menite să asigure respectarea *drepturilor infractorului* pe toată durata executării sancțiunii sau măsurii comunitare. Între acestea, Regulile prevăd:

- dreptul de a fi informat cu privire la drepturile pe le are,
- dreptul de a fi asistat pentru ca aceste drepturi să fie respectate,
- dreptul de a adresa verbal sau scris plîngerii, instanței care a pronunțat hotărîrea sa organului de executare, etc.

Regulile fac, de asemenea, referire la *metodele și strategiile de intervenție* (cap.IX), la implicațiile și consecințele încălcării obligațiilor prevăzute de instanță (cap.X). O atenție specială este acordată rolului cercetării științifice în procesul promovării și evaluării eficienței sancțiunilor și măsurilor comunitare (cap.XI).

REGULILE EUROPENE CU PRIVIRE LA SANCTIUNILE ȘI MĂSURILE COMUNITARE

Regula 71 :

Metodele de executare trebuie să fie adaptate la fiecare caz în parte. Organele și personalul care răspund de administrarea sancțiunilor și măsurilor comunitare trebuie să aibe libertatea de realiza o intervenție individualizată, fără ca prin aceasta să genereze un tratament discriminatoriu.

Regula 72 :

În cazul identificării unor nevoi individuale ce condiționează eficiența executării sancțiunii sau măsurii stabilite, se va acorda asistența materială, socială necesare.

Regulile au fost elaborate de "vechiul" Consiliu al Europei, ai cărui membrii, înainte de 1989, erau în exclusivitate țări din Europa occidentală. În 1989 erau 23 de

membrii. La ora actuală Consiliul Europei are 55 de membri. Între aceștia sunt și țări ex- comuniste. *"În ce privește membrii vechi - observa W.Rau⁸² - n-a fost nevoie să fie depuse eforturi speciale pentru a-i convinge de utilitatea sancțiunilor și măsurilor comunitare. Sistemele lor penale prevedeau deja o paletă largă de alternative neprivative de libertate în momentul în care au fost adoptate regulile. Din acest motiv ele s-au ocupat în special de reglementarea unor garanții juridice ale infractorilor. Situația noilor membri este diferită. Cei mai mulți nu au încă un sistem coerent de sancțiuni și măsuri comunitare. Reglementarea acestora întâmpină dificultăți de acceptare din partea personalului oficial din domeniul justiției și din partea publicului. Ei se confruntă, de asemenea, cu lipsa de resurse umane și materiale și a infrastructurii necesare implementării sancțiunilor și măsurilor comunitare."*

În România progresele legislative în materia reglementării sancțiunilor și măsurilor comunitare sunt timide, deși este membră a Consiliului Europei din 1994. Aplicarea lor - în limitele înguste ale legislației existente- s-a realizat ca efect al acțiunii societății civile, sprijinită și coordonată de o de specialitate, recent înființat, din cadrul Ministerului Justiției și cu asistența - materială, financiară și științifică- decisivă a Know How Fund de la Ambasada Regatului Marii Britanii și Irlandei de Nord la București. Specialistii din Marea Britanie au fost o prezență constantă, contribuind la formarea profesională și managerială a celor care își desfășoară activitatea în domeniul probațiunii.

Bibliografie

- 1) Balahur, D (2004) : Probațiune și Reintegrare Comunitară, Buc, Ed.Didactică și Pedagogică;
- 2) Balahur, D(2001) : Pluralismul socio-juridic global și reglementarea probațiunii în Manualul Consilierului de reintegrare, I.Durnescu (coord), Craiova, Ed.Themis
- 3) Balahur, D (2001) Fundamente socio-juridice ale probațiunii, Iași, Ed.Bit
- 4) Manualul Consilierului de Reintegrare (2004) : Editat de Ministerul de Justiție, Buc.Ed,Oscar Print
- 5) Foucaul, M (1997): A supraveghea și a pedepsi, Buc., Ed.Humanitas

ELEMENTE DE PSIHIOPATOLOGIE ȘI ASISTENȚA SOCIALĂ A BOLNAVULUI PSIHIC

Conf. dr. Conțiu ȘOITU

CUPRINS

I. Introducere

II. Definiții și precizări terminologice

III. Elemente de psihiopatologie

- III. 1. Semiologia senzației și percepției
- III. 2. Semiologia atenției
- III. 3. Semiologia memoriei
- III. 4. Semiologia gândirii
- III. 5. Semiologia imaginației
- III. 6. Semiologia voinței
- III. 7. Semiologia starilor afective
- III. 8. Tulburări de personalitate
- III. 9. Schizofrenia
- III.10. Tulburările de intelect

IV. Asistența socială a bolnavului psihic

- IV.1. Principii și valori ale asistării bolnavului psihic / deficientului mental
- IV.2. Servicii specializate de sănătate mintală
- IV.3. Tipuri de instituții de protecție și asistență a persoanelor cu tulburări psihice / handicap psihic
- IV.4. Drepturile persoanelor cu tulburări psihice

V. Bibliografie

VI. Resurse on - line

Probleme fundamentale ale unității de curs

- Elemente de psihopatologie
- Specificul intervenției asistentului social în activitatea cu bolnavul psihic

Scopul unității de curs:

- Familiarizarea studenților cu domeniul asistenței sociale a persoanelor cu patologie psihică.

Obiectivele unității de curs:

- *analiza conceptelor fundamentale ale domeniului;*
- *introducere în psihopatologie;*
- *însușirea cunoștințelor și deprinderilor necesare asistentului social în activitatea sa în echipe interdisciplinare de lucru cu persoanele cu patologie psihică în instituții variate.*

Modalități de evaluare a studenților:

- a. rezolvarea a patru teme – din capitole diferite – 30% din nota finală;
- b. parcurgerea și prezentarea unei lucrări indicate în bibliografie - 10% din nota finală;
- c. participarea la tutoriale - 10% din nota finală;
- d. rezultatul la lucrarea scrisă finală - 40% din nota finală;
- e. 10% din nota finală – din oficiu.

I. INTRODUCERE

Raportul anual (2001) al Organizației Mondiale a Sănătății arată că tulburările psihice sunt o importantă sursă de dizabilități, 5 din primele 10 poziții ale ierarhiei bolilor în funcție de capacitatea de a genera dizabilități fiind ocupate de tulburări psihice.

Prevalența pe viață a acestor boli este de aproximativ 33% ceea ce înseamnă că unul din trei oameni va avea, la un moment dat, pe parcursul vieții, o tulburare psihică diagnosticabilă prin criterii internațional acceptate. Chiar dacă în România nu dispunem de studii epidemiologice recente (pentru că sunt foarte costisitoare) nu există nici un motiv pentru a crede că ne situăm sub acest nivel considerat teoretic. Dimpotrivă, există suficiente indicii care sugerează, în ultimul deceniu, valori semnificativ mai mari (în raport cu media europeană): deteriorarea generală a stării de sănătate a populației, expansiunea abuzurilor și a dependențelor de substanțe psihoactive, creșterea ratei suicidului, suprasaturarea cu factori de stres a societății (declin economic, creșterea șomajului, scăderea nivelului de trai), expansiunea comportamentelor agresive și violente etc.¹

II. DEFINIȚII ȘI PRECIZĂRI TERMINOLOGICE

Persoană cu tulburări psihice este considerată persoana bolnavă psihic, persoana cu dezechilibru psihic sau insuficient dezvoltată psihic ori dependentă de alcool sau de droguri, precum și persoana care manifestă alte dereglări ce pot fi clasificate, conform normelor de diagnostic în vigoare din practica medicală, ca fiind tulburări psihice².

Persoana cu tulburări psihice grave este persoana cu tulburări psihice care nu este în stare să înțeleagă semnificația și consecințele comportamentului său, astfel încât necesită ajutor psihiatric imediat.³

Prin **handicap psihic** se înțelege incapacitatea persoanei cu tulburări psihice de a face față vieții în societate, situația decurgând direct din prezența tulburării psihice.⁴

¹ Ordin nr. 374 din 10/04/2006, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 373 din 02/05/2006, privind aprobarea Strategiei în domeniul sănătății mentale. Partea I. Preambul

² Lege nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătății mentale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 589 din data: 08/08/2002, art. 5, a.

³ Lege nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătății mentale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 589 din data: 08/08/2002, art. 5, b.

Prin ***pacient*** se înțelege persoana cu tulburări psihice aflată în îngrijirea unui serviciu medical⁵.

Psihiatria este o ramură a medicinei care se ocupă de prevenirea, evaluarea, diagnosticarea, tratarea și recuperarea bolnavului psihic și mental.

Psihopatologia se ocupă de aspectele patologice ale vieții psihice.

Semiologia reprezintă acea parte a psihiatriei care se ocupă cu studiul simptomatologiei bolilor psihice, stabilind condițiile, succesiunea, interdependența și dinamica tulburărilor mentale, cât și caracterul lor particular, în funcție de boala psihică sau somatică în cadrul căreia apar.

⁴ Lege nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătății mentale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 589 din data: 08/08/2002, art. 5, i.

⁵ Lege nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătății mentale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 589 din data: 08/08/2002, art. 5, c.

III. ELEMENTE DE PSIROPATOLOGIE

III. 1. Semiologia senzației și percepției :

Senzația

- este un act psihic elementar „mono-modal” de realizare a imaginii singulare a unor însușiri ale obiectelor și fenomenelor lumii înconjurătoare
- acest proces psihic elementar se produce în urma acțiunii obiectelor și fenomenelor lumii materiale asupra organelor de simț
- prin intermediul analizatorilor intero,extero și proprioceptivi excitația se transformă în senzație în momentul în care ajunge în scoarța cerebrală
- senzațiile reprezintă izvorul inițial al tuturor informațiilor noastre.Ele nu sunt copii ale însușirilor obiectelor și fenomenelor, *ele sunt imagini subiective ale lumii obiective.*

Percepțiile

- sunt definite ca procese senzoriale elementare, care se disting prin sintetism,unitate și integritate, redând realitatea obiectuală în imagini de ansamblu

Psihopatologia senzorialității

Tulburări cantitative

Hiperestezia reprezintă o coborâre a pragului senzorial determină o suprasensibilitate la excitanți care până atunci nu erau percepuți. Este trăită ca o impresie de creștere a intensității.

Hipoestezia este o creștere a pragului senzorial. Individul afectat manifestă o receptivitate scăzută la stimuli.

Tulburări calitative

Iluziile se manifestă ca o reflectare denaturată a obiectelor și fenomenelor, fiind întotdeauna generate de un stimul / excitant real. Sunt definite și ca percepții false.

Iluziile pot fi întâlnite :

- la normali în diferite circumstanțe externe;
- la bolnavi cu tulburări funcționale sau leziuni ale receptorilor;
- la bolnavi cu stări febrile, boli infecto-contagioase;

- la bolnavi cu diferite stări confuzionale;
- la nevrotici ;
- la bolnavi psihotici.

În cazul iluziilor patologice bolnavul nu le corectează.

Halucinațiile reprezintă „percepții fără obiect”, fără stimul declanșator.

III. 2. SEMIOLOGIA ATENȚIEI :

Atenția este o funcție sintetică a psihismului constând în activarea, tonificarea, mobilizarea, orientarea selectivă și concentrarea focalizată a proceselor psiho-comportamentale în vederea unei reflectări optime și facile a realității și a unei intervenții eficiente în cadrul autoreglării activității

Tulburările de atenție (disprosexiile) pot fi împărțite :

- **Hiperprosexii** – caracterizate prin exagerarea orientării selective a activității de cunoaștere
- **Hipoprosexii** – diminuare a orientării selective a activității de cunoaștere
- **Aprosexii** – dispariția oricăror posibilități prosexice

III. 3. SEMIOLOGIA MEMORIEI :

Memoria. Este un proces psihic al orientării retrospective realizat prin întipărire (fixare), păstrare (conservare) evocare (reactualizare). Memoria oglindește experiența anterioară și constituie rezervorul gândirii și imaginației, suportul forței cognitive a insului

Tulburările de memorie se împart:

- **cantitative** - hiperpmneziile
 - hipomneziile
 - amneziile
- **calitative** - tulburări ale sintezei mnezice imediate (sentimentul de straniu, falsele recunoașteri)
 - tulburări ale rememorării trecutului
 - confabulația
 - ecmneziile
 - anecforie

Hipermneziile se caracterizează printr-o exagerare a evocărilor care apar multiple, tumultuoase și cu o marcată tendință involuntară îndepărtînd subiectul de preocupările principale impuse de conjunctura prezente (poate apare și la oameni normali legat fiind de anumite stări afective – bucurii mari, reușite).

Hipomnezia reprezintă scăderea în diferite grade a forței mnezice. Se întâlnește în : surmenaj, stări nevrotice, oligofrenii, stări de involuție.

Amneziile – în sens strict, înseamnă pierderea totală a capacității amnezice.

Clasificare – care ia ca punct de referință debutul bolii

- *amnezii de fixare* (anterograde) – se referă la evenimente trăite după debutul bolii. Se întâlnește în: stări confuzionale, sindrom Korsacov, stări reactive, stări nevrotice
- *amnezii de evocare* (retrograde) – se întinde spre trecut dinaintea debutului bolii până în copilărie. Se întâlnește în: stări cu încărcătură afectivă, amneziile din demențe, afazia Wernike” demența limbajului”.

Tulburări calitative

I) Tulburările sintezei mnezice imediate

- *iluzii de memorie* – evocări eronate ale unor fenomene sau acțiuni, trăite în relitate de bolnav, dar care nu sunt încadrate în timpul și spațiul real în care ele s-au petrecut sau nu sunt recunoscute de bolnav ca trăite sau netrăite;
- *criptomnezia* – nerecunoașterea, ca fiind străin, a unui material literar, artistic, pe care bolnavul le-a citit sau auzit în realitate, dar pe care în mod iluzoriu îl consideră că este al lui și – din acest motiv - este necesar să fie deosebit de plagiat. Se întâlnește în: schizofrenie, psihoză paranoică;
- *falsa recunoaștere* – „ dubla conștiință”. Ea constă în a recunoaște ceea ce de fapt bolnavul nu recunoaște. Se întâlnește în : surmenaj, stări de obnubilare, stări maniacale, schizofrenii.

II) Tulburările rememorării trecutului

- reproducere ale unor evenimente reale din trecut pe care bolnavul le situează în mod fals în prezentul trăit:
 1. *confabulațiile* sau halucinațiile de memorie – reproducerea unor evenimente imaginare (pe care bolnavul nu le-a trăit) el fabulează asupra trecutului cu convingerea că îl evocă (bolnavul nu spune adevărul dar nici nu minte, pentru că nu știe că minte). Se întâlnește în: demența senilă, oligofrenie, sindrom maniacal.
 2. *ecmnezia* – bolnavul confundă trecutul cu prezentul (bolnavii senili trăiesc evenimentele din tinerețe). Se întâlnește în : demențe senile, epilepsia temporală, isterie.

3. *anecforia* – reproducerea unor amintiri pe care pacientul le credea uitate .Se întâlnește în : surmenaj, demențe.

III. 4. SEMIOLOGIA GÂNDIRII :

Gândirea este considerată un proces central al vieții psihice, o activitate complexă, mijlocită și generalizată prin care se distinge esențialul de fenomenal, în ordinea lucrurilor și ideilor, pe baza experienței și a prelucrării informațiilor.

- Activitatea cognitivă orientează subiectul în situații problematice, modelându-i conduita
- În desfășurarea sa, acest proces de construcție ideativă procedează prin așa numitele operații ale gândirii :
 1. analiza
 2. sinteza
 3. comparația
 4. abstractizarea
 5. generalizarea

1. **Tulburări de ritm și coerență ale gândirii.** Ritmul ideativ în patologia psihiatrică poate apare fie sub forma accelerării, fie sub forma încetirii .

Accelerarea ritmului ideativ – poartă denumirea de fugă de idei.

- se caracterizează prin aceea că asociațiile se fac la întâmplare, după aspecte superficiale, după asonanță, rimă, localizare în timp și spațiu sau după contraste facile
- bolnavii vorbesc mult cu voce tare
- în formele de exacerbare extremă a fugii de idei, asocierile pierd total legăturile logice formale, ajungându-se la o stare de incoerență a gândirii
- se întâlnește în :
 - sindroamele maniacale
 - în schizofrenie, faza de excitație psihomotorie
 - Stări de ebrietate
 - Intoxicații ușoare
 - Stări nevrotice
 - În stările de oboseală marcată și de surmenaj
- O formă particulară a accelerării ritmului ideativ, este **mentismul**, care se caracterizează prin depănarea rapidă, incoergibilă, a reprezentărilor și ideilor

Incoerența gândirii – propozițiile și frazele păstrează forma gramaticală corectă, dar ele nu mai au nici un înțeles

- forma extremă – numită salată de cuvinte: bolnavul exprimă o serie de cuvinte sub forma unui amestec lipsit total de conținut logic și alteori ia aspect de verbigeratie - repetarea stereotipă a aceleiași propoziții, fraze sau cuvinte, frecvent lipsite total de înțeles;
- se întâlnește în - schizofrenie
 - stări dementiale avansate
 - tulburări de conștiință

Încetinirea ritmului ideativ – exprimare lentă, prin răspunsuri întârziate; este necesară repetarea întrebării pentru a obține un răspuns.

Baraj ideativ – ritmul ideativ încetează brusc, pentru câteva secunde, după care cursul gândirii poate fi reluat se întâlnește în schizofrenie

Dispariția fluxului ideativ – Se întâlnește în stările comatoase. A mai fost descrisă în stări de idioție și demențe și chiar în epilepsie.

2. **Tulburările de conținut ale gândirii** sunt cele mai interesante pagini ale psihopatologiei, pentru că discursul bolnavului psihic, răspunsurile sau relatările sale frapază în cea mai mare măsură interlocutorul.

În analiza conținutului gândirii sunt necesare unele precizări noționale și anume precizarea accepțiunii de idee : dominantă, obsedantă, prevalentă, delirantă.

1. **ideea dominantă**: prin reversibilitatea ei se înscrie în sfera normalului. După o discuție, lectură, spectacol, o idee se poate detașa și se impune într-un anumit moment al gândirii.
2. **ideea obsedantă** : idee ce izbucnește, irupe, asediază gândirea și se împune conștiinței deși este în dezacord cu ea. Stranie și contradictorie situației și personalității insului, acesta îi recunoaște caracterul parazitar sau patologic, luptă pentru înlăturarea ei, de multe ori fără a reuși să o învingă.

Obsesia se poate prezenta sub patru forme:

- **obsesiile ideative** : „intoxicația „ prin idee. Boala lui „De ce”, „poate”, „dacă”. Bolnavul este într-o perpetuă pendulare asupra eventualităților posibile, se întreabă, analizează, revine.
- **Amintiri și reprezentări oesive**: se exprimă prin perseverarea penibilă a rememorării unor evenimente cu conținut neplăcut, jenante sau în orice caz dificile.

- **Obsesii fobice**⁶ – constă în teama față de anumite evenimente, lucruri, ființe, acțiuni, situații, teamă nejustificată.

Bolnavul recunoaște caracterul irațional al fricii sale, o apreciază în mod critic, luptă pentru a o înlătura, dar nu reușește. Pot fi sistematizate în:

- o frica de locuri (de a trece strada, de a sta într-un spațiu închis etc.)
- o frica de obiecte (de obicei ascuțite, de tren etc.)
- o frica de oameni, boală, moarte.

- **obsesii impulsive**: îndemnarea bolnavului la acte particulare, lipsite de rațiune, inacceptabile, ridicole. Compulsie: teama de a nu da curs tendinței impulsive, de a nu comite actul impulsiv, spre care este împins. (au capacitatea voluntară de a se stăpâni – compulsia nu se transformă într-un act impulsiv. O formă deosebită a acțiunilor obsesive o reprezintă ritualurile.

3. **ideea prevalentă**: se caracterizează nu numai prin poziția sa dominantă în câmpul conștiinței, prin neconcordanța și semnificația aberantă ci și prin faptul că ea orientează și diferențiază cursul gândirii. În plus, celelalte idei, în loc să se opună, să o contrazică, gravitează în jurul ei, sprijinind-o și aducându-i noi argumente.

- întâmplările din realitate sunt luate drept argumente
- ideea prevalentă este în concordanță cu personalitatea individului
- se întâlnește în: în stări reactive de intensitate psihotică, epilepsie, alcoolism, stări predelirante

4. **ideea delirantă**: evoluiază pe un fond de claritate a conștiinței. Ideea delirantă nu corespunde realității cu care se află în opoziție evidentă și pe care o exprimă în mod deformat.

- Pune stăpânire în mod brusc sau insidios pe conștiința insului, căruia îi schimbă comportamentul, și se menține în ciuda contradicțiilor evidente cu realitatea.
- Prin idee delirantă mai înțelegem judecățile și raționamentele care reflectă în mod eronat realitatea și modifică în sensul lor patologic concepția despre lume și comportamentul bolnavului.

⁶ **Fobia** este o stare de frică cu obiect bine precizat, spre deosebire de **anxietate** care este o stare de teamă,

Sub spectul conținutului tematic, ideile dominante se clasifică în:

a.) *idei delirante expansive*

1. idei de mărire și bogăție (grandoare) – pacientul se consideră bogat, dotat cu însușiri deosebite;
2. idei delirante de invenție;
3. idei delirante de reformă;
4. idei de filiație – convingerea că sunt descendenții unor familii renumite;
5. idei erotomanice – convingerea de a fi iubit de către o persoană de obicei cu un nivel socio-cultural superior și căruia îi atribuie în mod deliberat sentimente de dragoste ;
6. idei mistice sau religioase.

b.) *idei delirante depressive*

1. idei de persecuție – sunt urmăriți, supravegheați și se complotează împotriva lor
2. idei de revendicare – izvorăsc din convingerea unei nedreptăți, sentiment perpetuu de frustrare
3. idei de gelozie – sunt mai frecvente la bărbați. Când sunt reale pot duce la un comportament agresiv periculos îndreptat împotriva partenerului
4. idei de relație – conține ideea că obiectele, evenimentele, oamenii din jur au o semnificație personală pentru pacient: o remarcă auzită la televizor îi este adresată lui
5. idei de autoacuzare și vinovăție – apar la persoanele depressive – păcatele lui vor atrage furia divină asupra familiei
6. idei de transformare și posesiune
7. idei de negație – înțelesul a fost extins și a idei persistente precum : cariera lui s-a sfârșit, el este pe pragul morții, idei privind prăbușirea funcțiilor organice (intestinele sunt blocate cu materiile în putrefacție) – Sindromul Cotard

c.) *idei delirante mixte*

- motivarea de mixt este dată de tonalitatea ambiguă afectivă, pe fondul care evoluează aceste idei

1. idei de influență (variantă a delirului de interpretare) – pacientul crede că acțiunile sale, impulsurile, gândurile îi sunt controlate de o forță exterioară
2. idei metafizice, cosmogonice – sunt orientate spre elucidarea originii vieții, a lumii, a sufletului, a reîncarnării

III. tulburări ale expresiei verbale și grafice ale gândirii

Tulburări de limbaj : dislogii, disfazii, dislalii.

III. 5. SEMIOLOGIA IMAGINAȚIEI :

Fiind susținută de gândire (al cărei element esențial este) avînd origine în reprezentări, imaginețea poate fi considerată ca un proces psihic de prelucrare, transformare și sintetizare a reprezentărilor și idilor în scopul făuririi unor noi imagini și idei. Psihopatologia imaginației este în strînsă legătură cu psihopatologia gândirii, modificările sale de aspect cantitativ și calitativ precum și tulburările sale fiind în strînsă legătură cu dezvoltarea și respectiv cu tulburările gândirii.

O formă de exaltare imaginativă este realizată de mitomanie. În debilitatea mentală – mitomania are un rol compensator al insuficienței cognitive

III. 6. SEMIOLOGIA VOINȚEI :

Voința este latura reglatoare a conștiinței, la baza căreia stă intenția și decizia subiectului. Ea reprezintă activitatea psihică orientată spre atingerea unor scopuri propuse conștient pentru a căror realizare trebuie depășite anumite obstacole interne sau externe care apar în calea îndeplinirii acțiunilor.

Desfășurarea unui act voluntar presupune mai multe faze :

- formularea scopului
- lupta motivelor
- adoptarea hotărârii
- execuția (îndeplinirea) acțiunii.

Tulburări cantitative

1. **hiperbulia** – exagerarea forței voliționale
 - se întâlnește relativ rar

- se întâlnește la toxicomani : are caracter unidirecțional și selectiv
- 2. **hipobulia** – scăderea forței voliționale până la dispariția ei (abulie)
 - pe plan comportamental se traduce prin scăderea capacității de acțiune
 - se întâlnește în: stări nevrotice, stări maniacale, oligofrenii

Tulburări calitative

- **disabulia** – dificultatea de a trece la o acțiune sau de a sfârși o acțiune începută (nu poate iniția sau finaliza acțiunea respectivă)
- impulsivitatea – o insuficiență a voinței pasive, inhibitorii, are ca rezultat lipsa de frână și comportamentul impulsiv determinat de dezechilibrul dintre tendința impulsivă și controlul voluntar
 - acest dezechilibru se manifestă pe plan comportamental prin acte impulsive, intempestive inadaptate, de cele mai multe ori cu caracter antisocial, reprobabil și dramatic
 - pot apare la oamenii normali cu un temperament coleric
 - în situații conflictuale
 - impulsivitatea este caracteristică stărilor psihopatice întâlnindu-se la psihopații excitabili impulsivi
 - mai avem – impulsivitatea nevroticilor – mai ales a celor anxioși care izbucnesc în momentele de maximă tensiune afectivă – *raptusurile anxioase*

III. 7. SEMIOLOGIA STĂRILOR AFECTIVE :

Procese afective, reprezintă o formă de manifestare a atitudinii omului față de situațiile de viață, față de realitatea înconjurătoare în general. Ele exprimă în modul cel mai deplin universul subiectiv, simfonia subiectivă a vieții interioare a individualității și personalității insului

DSM IV recomandă ca termenul de *afect* să fie folosit pentru stările de scurtă durată iar cel de *dispoziție* pentru cele prelungite.

În psihopatologie, tulburarea stărilor afective a fost apreciată după următoarele criterii :

- natura
- intensitatea
- forța
- labilitatea
- conținutul
- adecvarea motivațională sau motivarea delirantă

Tulburările afective frecvente :

Hipotimia: reprezintă o scădere în grade variate a tensiunii afective și a elanului vital până la apatie și indiferență. Se traduce printr-o redusă expresivitate mimică:

- *indiferență* – dezinteres pentru lumea exterioară și slabă modulare a paletelor emoționale
- *apatia*- lipsa de tonalitate afectivă și dezinteres auto și alopshic

Se întâlnește în : oligofrenii, stări de deteriorare cognitivă, TCC, stări confuzionale

Hipertimie

Depresia este o hipertimie negativă care se caracterizează printr-o puternică trăire, printr-o participare afectivă intensă, sub un evantai restrâns, cu sentimentul durerii morale, al inutilității și devalorizării.

Bolnavul se prezintă:

- o cu dispoziție deprimată
- o lipsit de viață
- o idee lentă cu conținut trist, dureros
- o mimica, pantomimica exprimând concordant conținutul dureros al trăirilor
- o depresia – ca expresie a unei stări patologice de intensitate psihotică sau nevrotică nu trebuie confundată cu reacțiile de deprimare determinate de situații de doliu, pierderi materiale, insuccese, decepții.

Euforia, hipertimie cu puternică încărcătură afectivă pozitivă, prin exagerarea dispoziției în sensul veseliei, stării de plenitudine, de bine general, de putere, însoțită de fugă de idei, logoree, de ironii și glume deseori contagioase.

- mimică expresivă, bogată, gesturi largi și variate,
- tendință la supraapreciere a propriei persoane și exagerarea tendințelor și trebuințelor.

Un evantai euforic întâlnim în intoxicațiile ușoare cu alcool, cocaină, cafea, în stări nevrotice prin suprasolicitare, în stări subfebrile.

În forma autentică, euforia se întâlnește în fazele maniacale ale bolii afective bipolare, în stările dementiale senile, oligofrenii.

Anxietatea. În cadrul tulburărilor afective, astăzi, termenul este restrâns numai la tulburări în care dispoziția constă în depresie și euforie.

Anxietatea a fost definită de Pierre Janet – **ca teamă fără obiect** – manifestată prin: neliniște psihomotorie, modificări vegetative, disfuncții comportamentale.

Anxietatea patologică este distinctă față de neliniștea ca teama obișnuită resimțită de orice subiect în fața unei situații noi sau cu un grad de dificultate sporit al cărui răsunet asupra activității este pozitiv.

Anxietatea prezintă următoarele caracteristici :

1. este nemotivată
2. se referă la un pericol iminent și nedeterminat, față de care apare o atitudine de așteptare (stare de alertă)
3. este însoțită de convingerea neputinței și dezorganizării în fața pericolului
4. asocierea unei simptomatologii negative generatoare de disconfort somatic (se declanșează astfel un cerc vicios prin care anxietatea se autoîntreține)

Fobiile sunt manifestări de frică specifică intensă declanșată de un obiect sau situație, care nu au prin ele însele un caracter periculos, cu caracter irațional recunoscut ca atare și care nu poate fi controlată volitiv.

Proiecții ale anxietății, fobiile pot invada oricare din obiectele și situațiile realității de care experiența individuală se leagă într-un mod oarecare.

III. 8. TULBURĂRI DE PERSONALITATE

Termenul de **personalitate** se referă la calitățile comportamentale stabile ale unui individ într-o mare varietate de circumstanțe

- Dacă persoana s-a comportat mai întâi normal și începe la un moment dat să se comporte anormal – se spune că are o **tulburare mentală**
- Dacă însă comportamentul său a fost întotdeauna la fel de anormal cum este și în prezent – se spune că are o **tulburare de personalitate**
- Ceea ce la vârsta adultă denumim tulburare de personalitate, la vârsta copilăriei este denumit **tulburare de comportament**

Comportamentul anormal se caracterizează prin :

- Datează de mulți ani
- Este persistent
- Nu urmează evoluția unor episoade de boală psihică
- Este evident dezadaptativ față de o gamă largă de situații personale și sociale

Tulburarea de personalitate *paranoidă (paranoică)*

Pacienții cu tulburare de personalitate paranoidă au tendința de a atribui altora motivații rău voitoare. Sunt suspicioși și neîncrezători: deseori ostili, iritabili sau mânioși și frecvent colecționari de nedreptăți, parteneri maritali geloși în mod patologic sau procesomani.

Semne

- Nu fac confidențe
- Văd înțelesuri ascunse
- Tind să fie ranchiunoși și contraatacă rapid
- Au o purtare formală
- Sunt lipsiți de umor și serioși
- Au idei preconcepute
- Nu cred în loialitate sau fidelitate
- Lipsiți de căldură
- Curtează excesiv pe cei cu rang înalt sau puternici și exprimă dispreț față de cei slabi
- Generează la alții frică sau conflict
- Pot fi implicați în grupări extremiste

Tulburarea de personalitate *schizoidă*

Pacientul are un stil de viață izolat, fără o năzuință manifestată către ceilalți.

Semne

- Au activități solitare.
- Nu se simt bine în compania altor persoane și pot să manifeste un contact vizual deficitar.
- Nu are prieteni sau confidenți, numai rude de gradul I.
- Îi fac plăcere puține activități.
- Pare indiferent la laude sau criticile altora.
- Manifestă răceală emoțională, detașare sau afectivitate aplatizată.
- Par interesați de matematică, astronomie ori mișcări filosofice.
- Sexualitatea lor poate să implice doar fantezii.
- Bărbații rămân adesea burlaci iar femeile acceptă pasiv căsătoria.
- Nu au aparent nici o nevoie sau dorință de legături cu alții, dar pot să fie foarte atașați de animale.

Tulburarea de personalitate *schizotipală*

Pacienți cu multiple ciudățenii și excentricități ale caracterului, gândirii, afectelor, vorbirii, prezentării.

Semne

- Par ciudați sau stranii.
- Gândire și vorbire ciudate – vagi, metaforice, supraelaborate sau stereotipe.
- Sunt superstițioși .
- Au o foarte activă viață imaginară.
- Pot fi implicați în practici religioase stranii sau ocultism.
- Experiințe perceptuale neobișnuite .
- Lipsa prietenilor.
- Anxietate socială exagerată .
- Afect inadecvat.

Tulburarea de personalitate *antisocială*

Se caracterizează prin comportament maladaptativ în care pacientul nu recunoaște drepturile altora. Tulburarea nu este stric sinonimă cu criminalitatea (infraționalitatea).

Semne

- Persoana este în vârstă de cel puțin 18 ani.
- Există dovezi de tulburare de conduită cu debut înainte de vârsta de 15 ani.
- Ignorare și violare a drepturilor altora, care survine de la vârsta de 15 ani și în care sunt cuprinse :
 1. Înșelătorie, indicată de minciuni repetate, folosirea unor nume false.
 2. Comiterea repetată a unor fapte care constituie motive de arestare.
 3. Impulsivitatea sau lipsa unor planuri de viitor.
 4. Iritabilitatea și agresivitatea, indicate de repetate bătăi sau atacuri fizice.
 5. Nepăsare față de siguranța proprie sau a altora.
 6. Lipsa de remușcări.
 7. Sunt manipulativi și par de încredere.

Tulburarea de personalitate *borderline*

Elementul esențial îl constituie o instabilitate a relațiilor interpersonale, a imaginii de sine și a afectelor și impulsivitate marcantă care începe precoce în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte A fost considerată anterior ca situându-se la granița dintre nevroză și psihoză, de aici și denumirea (borderline = la graniță, eng.).

Semne

- Bolnavii sunt “întotdeauna în criză”.
- Gesturile, amenințătoare sau actele auto-distructive, auto-mutilante sau suicidare sunt frecvente.
- Relațiile cu alții sunt tumultuoase.
- Se înfurie cu ușurință.
- Sunt uneori manipulativi, uneori în mod evident pentru oricine.
- Imaginea de sine este instabilă.
- Tind să aibă episoade micropsihotice.
- Bolnavii nu tolereză să fie singuri. Se angajează în eforturi frenetice de evitare a abandonului real sau imaginar.
- Seimțăminte cronice de gol lăuntric.
- Sunt impulsivi în privința banilor și sexului și se angajează în abuz de substanțe, șofat periculos.

Tulburarea de personalitate *histrionică*

Pacienții au un stil dramatic, emoțional, impresionant.

Semne

- Sunt cooperanți și dornici de a fi ajutați.
- Tind să fie plini de culoare, căutând atenția și seducători.
- Manifestă comportament dependent.
- Din punct de vedere emoțional pot să fie superficiali sau nesinceri.
- Vorbirea poate să fie dramatică.
- Adesea sunt sugestionabili.
- Simpatici chiar sociabili.
- Se folosește constant de aspectul fizic pentru a atrage atenția.
- Consideră relațiile pe care le are drept mult mai intime decât sunt.

Tulburarea de personalitate *narcisică*

Elementul esențial îl constituie tendința spre de grandoare, necesitate de admirație și de lipsă de empatie, care începe precoce în perioada adultă.

Semne

- Au un sentiment grandios al importanței de sine.
- Se asociază senzația de a fi special și de a i se cuveni.
- Fantezii nelimitate de succes, putere, strălucire, frumusețe sau iubire ideală.
- Recepționează critica sau înfrângerea cu furie sau cu depresie.

- Lipsit de empatie.
- Solicită admirație excesivă.

Tulburarea de personalitate *obsesiv – compulsivă*

Tinde să predomine perfecționismul, ordinea și lipsa de flexibilitate.

Semne

- Preocupare excesivă cu ordinea, incluzând regului, reglementări și sistematizări.
- Perseverența, care atinge adesea nivelul încăpăținării.
- Când deciziile trebuiesc luate intuitiv, indecizia devine o problemă.
- Perfecționismul este frecvent.
- Caută să dețină controlul asupra lor și asupra situațiilor în care se găsesc.
- Le lipsește spontaneitatea.
- Sclavi ai amănuntelor.
- Preferă rutina în detrimentul noutății.
- Stil avar de a cheltui .

Tulburarea de personalitate *evitantă*

Pacientul are personalitate rușinoasă sau timidă, denumită de asemenea fobică.

Semne

- Sunt ușor de rănit sau jignit.
- Sunt retrași social.
- Sunt dornici de implicare socială.
- Este prezent un complex de inferioritate – poate interpreta comentariile ca fiind disprețuitoare sau negative .

Tulburarea de personalitate *dependentă*

Bolnavii

- Sunt lipsiți de încredere în sine și necesită sfaturi și reasigurare.
- Nu tolerează să fie singuri și necesită supervizare excesivă în timpul lucrului.
- Sunt pasivi.
- Deleagă altora deciziile.
- Își subordonează propriile nevoi, nevoilor altora.
- Au dificultăți de exprimarea dezacordului.

III. 9. SCHIZOFRENIA

Este o tulburare psihotică cu etiologie necunoscută și prezentări divergente. Se caracterizează prin simptome pozitive și negative. Cu toate că nu este o tulburare cognitivă, schizofrenia cauzează adesea afectări cognitive (gândire concretă, afectarea procesării informației). Simptomele schizofreniei influențează advers gândirea, sentimentele, comportamentul și funcționarea socială. Boala este de obicei cronică, cu o evoluție care include *o fază prodromală, o fază activă și o fază reziduală*. Fazele prodromală și reziduală se caracterizează prin forme atenuate ale simptomelor active, cum ar fi convingeri ciudate și gândire magică, precum și prin deficite în autoîngrijire și în relaționarea interpersonală. Schizofrenia este bine stabilită ca o tulburare a creierului, cu anormalități structurale și funcționale vizibile prin neuroimagnostică și cu o componentă genetică evidențiată în structurile la gemeni.

III. 10. TULBURĂRILE DE INTELECT

Termenului de tulburare mentală / tulburare de intelect i-au fost asociați, de-a lungul timpului, și alți termeni cu sensuri diferite, deoarece ei vizau fie structura, fie etiologia, fie gradul de handicap mental al persoanei respective.

Astfel, Esquirol, în secolul XVIII, pentru a putea face o diferențiere între tulburările mentale, stările de demență și slăbire progresivă și globală a potențialului mental, a utilizat noțiunea de idiotism. În legătură cu aceasta el spune: “omul aflat în starea de demență este lipsit de bunurile de care el se bucura altădată ... Idiotul s-a găsit întotdeauna în nenorocire și mizerie... prezintă multe din trăsăturile copilăriei pe când celălalt (dementul) păstrează în mare fizionomia omului matur. Idioția nu este o boală, este o stare în care facultățile intelectuale nu s-au manifestat niciodată... începe odată cu viața. Nimic n-ar putea da bieților idioți chiar pentru câteva clipe mai multă rațiune, mai multă inteligență.”

Termenii de idiot, imbecil, înapoiat sau întârziat mental sunt introduși de Seguiu, care-i folosește în lucrarea “*Traite moral de hygiene et education des idiots*”⁷. Oligofrenia este pentru prima dată denumită de Krepelin iar mai apoi de Luria. Alți autori, vrând să facă o distincție clară între cauzele acestei boli, operează cu alte două noțiuni: debilitate mentală normală și patologică. Alte cuvinte care au cunoscut și ele largă circulație sunt termeni ca: retardare, incapacitate, handicap.

Însă pentru a fi reflectată cât mai fidel realitatea, mulți autori au explicat sensul acestor termeni apreciind că astfel s-ar putea evita consecințele care rezultă din dubla sau polisemantica acestora.

⁷ apud Petru Arcan și Dumitru Ciumăgianu, (1980) **Copilul deficient mental**, Ed. Facla, Timișoara, p. 21

Întârzierea mentală cuprinde toate cazurile la care se observă o rămânere în urmă a psihicului sau o dezvoltare deficitară a inteligenței, fapt ce nu permite atingerea unui anumit prag al normalului pe toată durata vieții. Mariana Roșca consideră că prin folosirea acestui termen, persoana cu astfel de probleme poate fi ocolită de experiențe traumatizante.⁸

Termenul de debilitate mentală se referă la “prima zonă de insuficiență - legată de exigențele societății, exigențe care sunt variabile de la o societate la alta, de la o vârstă la alta – insuficiență ai cărei determinanți sunt biologici (normali sau patologici), având un efect ireversibil în starea actuală a cunoștințelor noastre.”

Debilitatea reprezintă în același timp și gradul cel mai ușor al întârzierii mentale.

Oligofrenia este văzută de Luria ca o “insuficiență determinată de lezări ale sistemului nervos central”, ceea ce-i dă acestuia un caracter de bandit, indiferent dacă această lezare a avut loc în perioada intrauterină sau cea postnatală.

Deficiența mentală este starea în care un individ “din motive fiziologice sau psihice, are nevoie de un ajutor special pentru a se adapta condițiilor de existență, fără acest ajutor el plasându-se mult sub posibilitățile sale reale.”

Apropiindu-se mult de termenul de întârziere mentală, termenul de retardare mentală este un concept folosit pentru definirea tuturor formelor de activitate intelectuală generală, situată semnificativ sub medie și se stabilește exclusiv pe baza coeficientului de inteligență.”

Termenii cei mai des folosiți, însă au rămas totuși handicap mental și deficiență mentală.

Pus în raport cu societatea, individul cu probleme psihice, a fost socotit handicapat deoarece acesta nu-și va putea exercita rolul său social, nu va putea să se integreze în societate sau nu va putea să îndeplinească expectanțele societății.

Handicapul mental implică niște limite intelectuale peste care acel individ nu va putea să se dezvolte.

Însă, problema acestor persoane poate fi pusă nu numai din perspectiva societății, ci și din perspectiva individului. Astfel, societatea poate fi considerată ca prezentând un handicap deoarece, fiind formată din mai mulți membri cu o dezvoltare psihică normală, nu poate asigura condițiile necesare desfășurării unui individ cu o dezvoltare psihică anormală.

Celălalt termen la care s-au oprit unii autori este deficiența mentală, deoarece consideră ei că aceasta poate fi asociată celorlalte forme de deficiență: auditivă, vizuală, motrică, senzorială.

Aprecierea acestor doi termeni nu reduce însă posibilitatea utilizării celorlalți termeni deoarece aceștia pot fi folosiți și interdisciplinar.

⁸ Roșca, Mariana, (1967) *Psihologia deficiențelor mentale*, București, Ed. Didactică și Pedagogică, p.8.

Gradele întârzierii mentale

După mai multe cercetări efectuate de-a lungul timpului, s-a observat că handicapul de intelect diferă ca structură și profunzime. Luându-se în calcul coeficientul de inteligență dar și posibilitatea de adaptare, integrare, formarea autonomiei personale, de elaborare a comportamentelor comunicaționale și de relaționare, s-a ajuns la o diferențiere a handicapurilor de intelect pe mai multe trepte sau în diferite grade.⁹

Aceste grade sunt:

1. Intelectul de limită (liminar)

Coeficientul de inteligență care corespunde acestui grad este cuprins între 85 și 90 (ca limită superioară) și 70. Această treaptă marchează granița între normalitate și handicap.

Printre caracteristicile somatice avem:

- dezvoltare somatică insuficientă atât ponderal cât și structural;
- semne de rahitism de tip sechelar;
- anemie carențială.

Neurologic, liminarul se distinge prin:

- tulburări motorii de tip paretic sau paraltic cu o anumită sistematizare;
- tulburări cerebeloase minore;
- tulburări extrapiramidale în caz de encefalopatie;
- diverse leziuni ale nervilor cranieni.

Studiindu-i în cadrul procesului de învățământ, cercetătorii evidențiază necesitatea efortului depus de instructor pentru ca elevul liminar să poată îndeplini cerințele educaționale.

Un rol important în obținerea succesului școlar la acești copii îl joacă și imaginea de sine, care nu numai că poate împiedica îndeplinirea exigențelor școlare dar are ca efect și adoptarea unui comportament negativist, care prezintă frecvente tulburări.

La acestea se adaugă blocaje în mecanismul gândirii, factorul verbal și de integrare a căror organizare sunt slab reprezentate.

2. Debilitatea mentală sau deficiența mentală de gradul I

Aceasta este a doua treaptă a handicapului mental și corespunde unui coeficient de inteligență ale cărui valori sunt cuprinse între 50 și 70.

Caracteristicile care aparțin acestei trepte s-au înregistrat la diferite nivele.

Astfel, la nivelul percepțiilor analiza și sinteza informațiilor este deficitară din cauza atenției care se concentrează asupra unor elemente periferice (culoare, greutate) aceste procese necesitând un timp mai îndelungat.

⁹ Verza, Emil, (1998) *Psihopedagogie specială*, București, Ed. Didactică și Pedagogică, p. 27.

Sub aspectul reprezentărilor, s-a ajuns la concluzia că reprezentările debililor mentali sunt distorsionate datorită: îngustimii câmpului perceptiv, orientării dificile în spațiu, lipsei de flexibilitate a activităților cognitive.

La nivelul cognitiv, debilizii mentali se remarcă prin gândire reproductivă, practică, concretă. Aceasta rezultă din neputința de generalizare, abstractizare, comparare, identificare. Însă un fapt ce a atras atenția în studiul debililor mental, a fost acela că, fiind pus în fața unor obiecte asemănătoare într-o oarecare măsură, debilul mental reușește să distingă mai repede deosebirile dintre obiecte decât asemănările dintre ele. O altă particularitate a gândirii debilului mental este calitatea ancorării. Pentru astfel de persoane a apela la cunoștințele vechi și a le pune în legătură cu cele noi este un proces dificil din care el poate să iasă mai greu.

Limbajul la debilizii mentali apare cu întârziere față de copilul normal (doi ani), cuprinde noțiuni cheie, iar din punct de vedere gramatical, exprimarea este anevoioasă și defectuoasă.

Un alt proces cognitiv care se desfășoară deficitar la debilizii mental, este memoria. Aceasta nu are caracter voluntar; de cele mai multe ori este involuntară iar reproducerile sunt “infidele” realității. Transferul de cunoștințe deasemenea are și el foarte mult de suferit, iar pentru a realiza cu succes procesul memorării, aceștia au nevoie de foarte multe repetiții.

Deficiențele motrice ale debililor mentali sunt observate în: viteză și precizie redusă a mișcărilor, reglare deficitară a forței musculare datorită insuficienței senzațiilor kinestezice, lateralitate manuală stângă sau ambidextră, dexteritate manuală scăzută.

Tulburările de ordin afectiv-emoțional au forma depresiei, ostilității față de adulți, absenței răspunsului la solicitări, anxietății, tensiunii emotive, simptome nevrotice variate.

În plan social, debilizii mentali de gradul I care au primit o pregătire profesională adecvată (în care au fost implicați atât ei cât și instructorii) și nu prezintă tulburări de personalitate, sunt capabili să-și câștige în mod independent mijloacele de subzistență.

3. Deficiența mentală de gradul II (imbecilitatea) este atribuția persoanelor care au coeficient de inteligență cuprins între 50 și 20.

Caracteristicile somatice ale acestei categorii de handicapați sunt:

- aspect displastic facio-cranian (hipertelorism, asimetrie craniană, gură de lup, facies de pitic, urechi malformate, displazii faciale, proeminența globilor oculari);
- malformații viscerale (hepato-spleno-megalie, hernii ale peretelui abdominal);
- tulburări de dezvoltare somatică cu deficit pondero-statural;
- anomalii genitale.

Neurologic, imbecilii sunt caracterizați prin tulburări de motricitate la care se adaugă: microcefalie, hidrocefalie, craniostenoză, displazii faciale.

Activitatea cognitivă a acestei categorii de handicapați mental, este deficitară și ea. Atenția, memoria, gândirea, limbajul sunt limitate și nu pot fi dezvoltate și antrenate

decât într-un cămin școală. Deprinderile, dobândite, ale acestora, le dau posibilitatea de a îndeplini anumite cerințe simple, dar necesită în continuare o supraveghere din partea familiei sau a instituțiilor speciale.

4. Deficiența mentală de gradul III – idioția

Această formă a handicapului mental constituie forma cea mai gravă și mai este întâlnită și sub numele de demență.

Coeficientul de inteligență al acestor persoane este situat sub 20.

Somatic, idioții prezintă frecvente malformații ale corpului, de cele mai multe ori fiind prezente mai multe, ceea ce indică de la prima vedere, existența anormalității.

Sistemul imunitar al acestora nu este rezistent, astfel încât orice infecție poate provoca moartea. De altfel, s-a constatat că puține persoane cu astfel de handicap trăiesc mai mult de 19 ani.

Nivelul cogniției este redus destul de mult. Astfel, limbajul se rezumă la monosilabe, cazurile în care ei folosesc cuvinte întregi fiind izolate. Gândirea este și ea limitată, idiotul stabilind doar relații între trebuințele de bază și obiectele uzuale. Atenția este involuntară pentru perioade scurte de timp, iar senzațiile și percepțiile sunt inexistente. Datorită inexistenței acestora, ei nu suferă dureri iar uneori au tendința de a mânca orice fiindcă le lipsește simțul gustativ. Activitatea psihomotrică se rezumă la simple acte sau gesturi reflexe și de aceea ei nu pot executa acte ale mișcării și hrănirii, necesitând în totalitate sprijinul și supravegherea unor persoane competente.

TEMĂ:

- 1. Vizitați o instituție de educare sau ocrotire a copiilor cu deficiențe mentale (școală specială, centru de plasament etc.) și notați pe o pagină observațiile dumneavoastră cu privire la particularitățile de relaționare între copii cu handicap și între copii și adulții din centru (angajați, părinți sau alții).*

IV. ASISTENȚA SOCIALĂ A BOLNAVULUI PSIHIC

În lume exista peste 400 milioane de oameni cu tulburari mentale. Cu toate acestea majoritatea nu primesc nici măcar tratamentul de bază, în special în regiunile sărace ale lumii. O parte a instituțiilor și agențiilor specializate nici macar nu pot lua în considerare propuneri de a trata problemele sănătății mentale. Acelea care o fac o considera de importanță minoră, umbrită de nevoia presantă de a salva vieți prin tratarea bolilor fizice.

Cu toate acestea, sănătatea mentală poate îmbunătăți starea generală de bine și poate preveni apariția altor boli. Sărăcia și starea mentală de bine sunt inter-relate, așa că sănătatea mentală ar trebui să fie considerată o componentă integrală, inseparabilă a bunăstării publice.

Numeroase studii și rapoarte începând din anii '90 au aratat ca probleme ale sănătății mentale, cum ar fi depresia, sunt mai frecvente printre săraci (Bulletin of the World Health Organization, vol 81, p. 609). De asemenea, schimbările sociale rapide și urbanizarea în țările în dezvoltare au condus la creșterea ratei sinuciderilor (Culture, Medicine and Psychiatry, vol 23, p. 25).

Aceste tulburări au un impact semnificativ asupra stării de bine din punct de vedere fizic și psihic. De exemplu, depresia reduce abilitatea oamenilor de a munci și crește costurile îngrijirilor de sanatate. În mod tipic oamenii cu depresie merg la doctorii lor cu simptome care nu au o cauză fizică. Dar doctorii tratează aceste simptome ca și cum ar fi rezultatul afectării organice, conducând la costuri necesare în loc să se adreseze problemei de bază ce ține de sănătatea mentală. Aceasta conduce la un cerc vicios al deprivării și bolii mentale, nu mult diferit de cercul vicios al deprivării și bolilor infectioase.

În acest moment sunt întâlnite două abordări clar diferite, cel mai adesea prezentate în opoziție una față de alta, asupra modalităților de îngrijire ale bolnavului psihic.

Abordarea tradițională indică drept loc de desfășurare a intervenției spitalul de psihiatrie care devine pentru perioade medii, lungi sau nedeterminate universul “bolnavului”. Spitalul este nu doar centrul în care îi sunt oferite serviciile medicale, psihologice, sociale și spirituale necesare ci are și (sau mai ales) menirea de a feri “bolnavul” de factorii perturbatori din mediul fizic și social.

Perspectiva alternativă își are originea în curentul “antipsihiatric” conturat în anii '70 ai secolului XX. Unul din centrele care au avut contribuții remarcabile la acest demers a fost Spitalul de Psihiatrie “Socola” din Iași. Una din diferențele de abordare constă în menținerea persoanei cât mai mult în mediul său familial.

IV. 1. PRINCIPII ȘI VALORI ALE ASISTĂRII BOLNAVULUI PSIHIC / DEFICIENTULUI MENTAL¹⁰:

1. Responsabilitatea echipei comunitare - presupune responsabilitatea pentru persoana cu probleme de sănătate mentală la orice moment, indiferent dacă aceasta se găsește într-o facilitate de îngrijire (spitalicească, centru de zi, centru de reabilitare etc.) sau în comunitate. A avea această responsabilitate este un lucru dificil, deoarece persoana frecventează numeroase unități de îngrijire, nu are o constanță profesională și dispune de resurse în general limitate de trai independent. Responsabilitatea pentru persoanele cu probleme de sănătate mentală se încadrează unei logici de cuprindere geografică și se operaționalizează după o prealabilă evaluare a nevoilor populaționale din aria de cuprindere dată (pentru evaluarea problemelor existente în comunitatea deservită și identificarea posibilelor soluții de întâmpinare a acestora).

2. Participarea comunității - comunitatea deservită de un sistem integrat de îngrijiri de sănătate mentală participă la deciziile și coordonarea acestuia. În general, implementarea unor programe comunitare de îngrijiri de sănătate mentală s-a confruntat la început cu o rezistență crescută a comunității de a-și asuma și de a susține aceste inițiative. Aceste rezerve ale comunității se datorează, pe de o parte, atitudinilor negative care mai persistă în legătură cu boala mentală, dar și faptului că implementarea programelor s-a făcut inițial fără consultarea comunităților. Actualmente, în consiliile directoare ale sistemelor de suport comunitar sunt invitați să participe lideri politici și persoane marcante din comunitate, precum și orice persoană care poate să aibă un statut de lider informal (în special lideri ai comunităților etnice sau religioase). Tendința actuală în sistemele funcționale de îngrijiri de sănătate mentală este aceea de a realiza planul de servicii cu sprijinul reprezentanților comunității. Realizarea planurilor de servicii se face după o prealabilă educare a participanților asupra sistemului de îngrijiri, precum și de informare asupra resurselor disponibile, asupra prevederilor legale și de funcționare practică a unităților de îngrijire din sistem. Planul de servicii pentru o populație dintr-o anumită arie de cuprindere se realizează nu numai prin consultări cu liderii comunitari, ci și printr-o prealabilă analiză a nevoilor populaționale și după o consultare cu reprezentanți ai beneficiarilor și familiilor lor.

3. Accesibilitatea serviciilor - presupune toate mecanismele puse în joc pentru ca persoanele care au nevoie de îngrijiri să cunoască serviciile din comunitate și să facă uz de acestea. În primul rând, accesibilizarea unui serviciu presupune o locație spațială ușor de localizat și de atins, precum și o accesibilitate lingvistică - acolo unde există minorități etnice/lingvistice, serviciul va cuprinde în echipa sa terapeutică persoane aparținând respectivei comunități. Accesibilizarea serviciilor presupune și angajarea echipei terapeutice în acțiuni sociale, care implică campanii de promovare a serviciilor,

¹⁰ Ordin nr. 374 din 10/04/2006, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 373 din 02/05/2006, privind aprobarea Strategiei în domeniul sănătății mentale. Partea I. Preambul

intervenții care să crească șansa ca persoanele care au nevoie de tratament să beneficieze într-adevăr de acesta, căutarea unor soluții de asistență locativă mai ieftină, precum și găsirea unor oportunități și soluții pentru reinserția profesională. Pentru a realiza aceste obiective, echipa terapeutică trebuie să se angajeze activ în acțiuni și campanii de reducere a stigmatizării persoanelor cu probleme severe de sănătate mentală.

4. Echilibru între componentele sistemului - fiecare componentă a sistemului trebuie să fie în echilibru cu celelalte, astfel încât persoana în dificultate să poată beneficia de îngrijiri, indiferent de nevoile ei. A realiza un echilibru între componentele unui sistem comunitar este un lucru dificil din mai multe puncte de vedere. În primul rând, serviciile publice, private și neguvernamentale pot să propună programe care în fond nu fac nimic altceva decât să dubleze oferta, lăsând componente de servicii sub- sau nedezvoltate deloc. În al doilea rând, existența unor profesioniști, echipe de profesioniști sau grupe de consumatori care se angajează activ în dezvoltarea unui anumit sector al sistemului poate să aibă ca rezultat subdezvoltarea unor alte sectoare prin alocarea preferențială de resurse umane și materiale. Pentru a asigura echilibrul ofertei de servicii, fiecare sistem de suport comunitar necesită un management centralizat care să aloce resursele în funcție de nevoile reale ale beneficiarilor.

5. Continuitatea îngrijirilor - în mod ideal, continuitatea îngrijirilor înseamnă că fiecare consumator beneficiază de servicii de la aceiași profesioniști pe tot parcursul îngrijirii sale. Serviciile de sănătate mentală tind să fie compartimentalizate, iar transferul informațiilor despre evoluția, tratamentele și nevoile beneficiarilor se face uneori anevoios, datorită birocrăției crescute și aspectelor legate de confidențialitate în transmiterea informațiilor. Alternativa cea mai eficientă este aceea a managementului de caz. Managerul de caz ideal are atât rol de susținător al consumatorilor (prin acțiuni de advocacy), de manager de sistem, prin integrarea tuturor informațiilor despre serviciile și programele disponibile în teritoriu, precum și de terapeut. Pentru a-și îndeplini aceste obiective, managerul ar trebui să aibă o încărcătură de cazuri redusă, deservind în mod ideal maximum 15 clienți.

6. Alternative minimal restrictive - alternativele minimal restrictive presupun tratarea persoanelor cu probleme de sănătate mentală în unități de îngrijire care să interfereze cât mai puțin cu drepturile lor civile și cu participarea lor la viața comunitară. În această ordine de idei, spitalizarea va fi indicată numai atunci când este strict necesară, fie datorită riscului de auto- sau heteroagresivitate, fie datorită necesității aplicării unor tratamente sau investigații speciale.

7. Accentul pe reabilitare - interesul pentru reabilitare este dublu. În primul rând, politicile de dezinstituționalizare grăbite ale anilor 60 au "aruncat" în stradă mulți psihici cronici, al căror risc de deteriorare a funcționării este foarte rapid în comunitate. De asemenea, întârzierea demarării procesului reabilitativ după debutul maladiei aduce cu sine o creștere a potențialului de dizabilitate. Apariția noilor generații de neuroleptice, cu efecte secundare considerabil mai puține, favorizează de asemenea procesul de reabilitare. Principalul punct de greutate al procesului de reabilitare ar trebui

să fie inserția sau reinserția profesională, precum și îmbunătățirea abilităților funcționale.

8. Specializarea îngrijirilor - asigurarea unor servicii care să deservească un anumit tip de patologie sau care să ofere un anumit tip de îngrijire. În România, la un nivel momentan neoficial, sunt recunoscute subspecializări, cum ar fi gerontopsihiatria, psihiatria comunitară, psihiatria legală, psihoterapia sau tratamentul adicțiilor, dar nu există prevederi legale care să statueze aceste supracompetențe sau profesii în sine (cum este cazul psihoterapiei). Unitățile de îngrijire, cu rare excepții, sunt de tip "psihiatrie generală", alăturând clienți cu patologii și niveluri de funcționare psihosocială diferite.

9. Implicarea beneficiarilor și a familiilor acestora în procesul de îngrijire - oferta actuală a sistemului de îngrijiri de sănătate mentală este, în mare măsură, sub controlul psihiatrului. Consultarea beneficiarilor, a familiilor acestora sau a formelor asociative constituite sub egida implicării consumatorilor de servicii de sănătate mentală sunt acțiuni deloc uzuale în practica zilnică. Dezvoltarea unor sisteme de îngrijiri care urmăresc o integrare comunitară optimă implică un parteneriat activ între profesioniști și utilizatorii de servicii în domenii cum ar fi: acțiuni sociale comune, consultarea consumatorilor în ceea ce privește furnizarea de servicii, dezvoltarea noilor servicii sau restructurarea celor existente, implicarea familiilor ori comunității în procesul de îngrijiri, sprijinirea inițiativelor de întrajutorare și suport comunitar etc.

10. Centrarea pe probe a practicii clinice și comunitare - o serie de inițiative și tehnologii în domeniul sănătății mentale și-au dovedit, în momentul de față, fie ineficiența, fie faptul că sunt extrem de costisitoare în comparație cu proceduri sau servicii alternative. Stabilirea unor standarde de calitate pentru serviciile de îngrijiri și asistență și importarea și adaptarea unor tehnologii și formule de organizare care și-au dovedit eficiența și efectivitatea trebuie să reprezinte o prioritate a organizatorilor reformei.

IV. 2. SERVICII SPECIALIZATE DE SĂNĂTATE MENTALĂ

Serviciile specializate de sănătate mentală se realizează prin următoarele structuri¹¹:

- a)** centrul de sănătate mentală;
- b)** cabinetul psihiatric, cabinetul de evaluare, terapie și consiliere psihologică, de psihoterapie și de logopedie;
- c)** centrul de intervenție în criză;
- d)** servicii de îngrijire la domiciliu;
- e)** spitalul de psihiatrie;
- f)** staționarul de zi;

¹¹ Lege nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătății mentale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 589 din data: 08/08/2002, art.22

- g)** secția de psihiatrie din spitalul general;
- h)** compartimentul de psihiatrie de legătură din spitalul general;
- i)** centre de recuperare și reintegrare socială;
- j)** ateliere și locuințe protejate;
- k)** centrul de consultanță privind violența în familie.

Potrivit legii privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap¹², persoana cu handicap poate beneficia de servicii sociale acordate în centre de zi și centre rezidențiale de diferite tipuri, publice, public-private sau private.

Centrele de zi și centrele rezidențiale sunt structuri în care serviciile sociale sunt acordate de personal calificat și care dispun de infrastructura adecvată furnizării acestora; în centrele rezidențiale persoana cu handicap este găzduită cel puțin 24 de ore.

În sensul legii 448, tipurile de centre rezidențiale pentru persoane cu handicap sunt:

- a)** centre de îngrijire și asistență;
- b)** centre de recuperare și reabilitare;
- c)** centre de integrare prin terapie ocupațională;
- d)** centre de pregătire pentru o viață independentă;
- e)** centre respiro/centre de criză;
- f)** centre de servicii comunitare și formare;
- g)** locuințe protejate;
- h)** altele.

Admiterea unei persoane cu handicap într-un centru rezidențial, cu excepția centrelor de criză, centrelor respiro și a locuințelor protejate, se face în cazul în care acestea nu i se pot asigura protecția și îngrijirea la domiciliu sau în cadrul altor servicii din comunitate.

Centrele pentru persoane cu handicap se înființează ca structuri cu sau fără personalitate juridică, în subordinea consiliilor județene, respectiv consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București, cu avizul și în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap.

În vederea desfășurării unui tip de activități cu caracter inovator în domeniul protecției persoanelor cu handicap, furnizorii de servicii sociale acreditați pot înființa, administra și finanța centre-pilot, pentru o durată de maximum 2 ani.

Evaluarea activităților cu caracter inovator se face de serviciul public descentralizat competent teritorial al Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, în colaborare cu Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap.

Într-un centru de zi sau rezidențial serviciile sociale pot fi furnizate în sistem integrat cu serviciile medicale, de educație, de locuire, de ocupare a forței de muncă și altele asemenea.

¹² *Lege nr. 448 din 06/12/2006*, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 1006 din 18/12/2006, art 50-55

Persoanele cu handicap din centrele de zi sau rezidențiale beneficiază de servicii medicale din cadrul pachetului de servicii medicale de bază care se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Coordonarea serviciilor sociale furnizate în sistem integrat se face de autoritatea administrației publice locale sau de furnizorul de servicii sociale care înființează, administrează și finanțează centrul.

Ministerul Educației și Cercetării alocă fonduri de la buget pentru finanțarea cheltuielilor aferente:

- a) activităților de educație desfășurate în centrele pentru persoanele cu handicap;
- b) perfecționării pregătirii profesionale a cadrelor didactice;
- c) altor acțiuni și activități, în condițiile legii.

Persoana cu handicap are dreptul să fie îngrijită și protejată într-un centru din localitatea/județul în a cărei/cărui rază teritorială își are domiciliul sau reședința.

Finanțarea centrelor de zi și rezidențiale publice se face din bugetele locale ale unităților administrativ-teritoriale pe teritoriul cărora funcționează acestea.

În cazul în care nevoile individuale ale persoanei cu handicap nu pot fi asigurate într-un centru din localitatea/județul în a cărei/cărui rază teritorială își are domiciliul sau reședința, persoana cu handicap poate fi îngrijită și protejată într-un centru aflat în altă unitate administrativ-teritorială.

Decontarea cheltuielilor dintre autoritățile administrației publice locale se face în baza costului mediu lunar al cheltuielilor efectuate în luna anterioară de centrul în care persoana cu handicap este îngrijită și protejată.

Furnizorul de servicii sociale are obligația de a promova, facilita și asigura personalului programe de formare profesională, precum și programe de instruire specifică cu privire la problematica handicapului și legislația în domeniu.

Personalul din cadrul centrelor are obligația respectării standardelor specifice de calitate, precum și a prevederilor legale privind drepturile persoanelor cu handicap.

Nerespectarea standardelor specifice de calitate, precum și a prevederilor legale privind drepturile persoanelor cu handicap atrage, după caz, răspunderea disciplinară, contravențională sau penală, conform prevederilor legale.

Personalul de specialitate care își desfășoară activitatea în centrele publice din mediul rural, de zi și rezidențiale pentru copiii și adulții cu handicap, beneficiază de decontarea cheltuielilor de transport dus-întors de la domiciliu, în condițiile legii.

Sumele necesare acordării drepturilor persoanelor cu handicap se asigură din bugetele locale ale autorităților administrației teritoriale pe a cărei rază funcționează centrul.

IV. 3. TIPURI DE INSTITUȚII DE PROTECȚIE ȘI DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ A PERSOANELOR CU TULBURĂRI PSIHICE / HANDICAP PSIHIC :

1. Centrele-pilot¹³

Centrele-pilot sunt institutii de interes public cu personalitate juridica, care au rolul de a asigura la nivel judetean sau local aplicarea politicilor și strategiilor de asistenta speciala a persoanelor cu handicap, prin cresterea sanselor recuperarii și integrării acestora în familie ori în comunitate, și de a acorda sprijin și asistenta pentru prevenirea situatiilor ce pun în pericol securitatea persoanelor cu handicap.

În vederea realizării atribuțiilor ce le revin, centrele-pilot îndeplinesc exclusiv funcția de executie prin asigurarea mijloacelor umane, materiale și financiare necesare implementării politicilor și strategiilor privind protecția specială a persoanelor cu handicap, prevenirea și combaterea marginalizării sociale a acestora, precum și pentru integrarea lor socio-profesională.

Principiile care stau la baza activității centrelor-pilot sunt:

- a) principiul egalității de șanse;
- b) principiul respectării demnității;
- c) principiul asigurării autonomiei;
- d) principiul asigurării intimității;
- e) principiul asigurării confidențialității;
- f) principiul abordării individualizate a persoanelor cu handicap
- g) principiul implicării active și depline a beneficiarilor;
- h) principiul cooperării și parteneriatului;
- i) principiul recunoașterii valorii fiecărei ființe umane și valorizării ei, indiferent de handicap.

Structura organizatorică a centrelor-pilot, numărul de personal, precum și bugetul se aprobă, după caz, prin hotărâre a Guvernului, hotărâre a consiliului județean sau local, după caz, hotărâre a organelor de conducere ale organizațiilor neguvernamentale sau ale celor care au ca obiect de activitate și protecția specială a persoanelor cu handicap, precum și ale cultelor recunoscute, potrivit legii, în România, pe baza fundamentării realizate de comitetul director.

Ponderea diferitelor categorii de personal, respectiv personal de conducere, de specialitate, administrativ și de îngrijire, se stabilește prin ordin al președintelui Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap.

¹³ **Hotărâre nr. 329 din 20 martie 2003** pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a instituțiilor de protecție specială a persoanelor cu handicap, Monitorul Oficial nr. 228 din 4 aprilie 2003

Finantarea cheltuielilor centrelor-pilot se asigura din:

- a) contributiile proprii ale beneficiarilor sau ale intretinatorilor acestora, care vor fi varsate în contul centrelor-pilot;
- b) bugetele locale ale autoritatilor administratiei publice locale care au aprobat infiintarea centrelor-pilot;
- c) alte venituri realizate în conditiile legii.

Centrele-pilot functioneaza în coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Handicap. Activitatea de coordonare și de control se exercita în conditiile legii.

Centrele-pilot indeplinesc urmatoarele atributii principale:

- a) asigura cazarea, realizarea activitatilor de recuperare a persoanelor cu handicap prin programe de terapie aplicate în mod direct prin munca în ateliere și prin terapii asociate;
- b) elaboreaza programe proprii de recuperare și integrare socioprofesionala și familiala, colaborand cu centre similare, cu organizatii neguvernamentale din tara și din strainatate;
- c) asigura aplicarea politicilor și strategiilor nationale, judetene și locale, în concordanta cu specificul centrelor-pilot, întocmind proiecte și programe proprii care sa asigure cresterea calitatii activitatii de protectie speciala a persoanelor cu handicap asistate;
- d) monitorizeaza și analizeaza situatia persoanelor cu handicap, ulterior finalizarii proiectelor și programelor de recuperare și integrare profesionala sau sociala;
- e) identifica persoanele cu handicap care pot beneficia de programele proprii de recuperare;
- f) întocmesc rapoarte de ancheta psihosociala și asigura includerea acestora în programe și proiecte de recuperare;
- g) asigura indeplinirea standardelor de calitate a serviciilor și a standardelor ocupationale specifice personalului incadrat în centrele-pilot;
- h) identifica mediile în care poate fi integrata orice persoana cu handicap care a parcurs programele sau proiectele de recuperare;
- i) acorda sprijin și asistenta de specialitate în vederea prevenirii situatiilor care pun în pericol siguranta persoanelor cu handicap asistate;
- j) dezvolta parteneriate și colaboreaza cu organizatii neguvernamentale, alti reprezentanti ai societatii civile, în vederea diversificarii serviciilor de asistenta speciala, în functie de realitatile și specificul local;
- k) promoveaza dezinstitutionalizarea prin strategii specifice.

În centrele-pilot pot fi asistate persoane cu handicap grav, accentuat sau mediu, la cererea acestora ori a intretinatorilor legali, în limita locurilor disponibile și a resurselor financiare alocate de ordonatorul principal de credite.

2. Centrele de îngrijire și asistență

Centrele de îngrijire și asistență au următoarele atribuții:

- a)** asigură cazarea, hrana, cazarmamentul și condițiile igienico-sanitare corespunzătoare persoanelor cu handicap asistate, precum și întreținerea și folosirea eficientă a bazei materiale și a bunurilor din dotare;
- b)** asigură asistență medicală curentă și de specialitate, recuperare, îngrijire și supraveghere permanentă persoanelor cu handicap asistate;
- c)** întocmesc proiecte și programe proprii care să asigure creșterea calității activității de protecție specială a persoanelor cu handicap, în concordanță cu specificul centrului de îngrijire și asistență, potrivit politicilor și strategiilor naționale, județene și locale;
- d)** organizează activități cultural-educative și de socializare atât în interiorul centrelor de îngrijire și asistență, cât și în afara acestora;
- e)** organizează activități de ergoterapie în raport cu restantul funcțional al persoanelor internate;
- f)** acordă sprijin și asistență de specialitate în vederea prevenirii situațiilor care pun în pericol siguranța persoanelor cu handicap;
- g)** dezvoltă parteneriate și colaborează cu organizații neguvernamentale și cu alți reprezentanți ai societății civile, în vederea diversificării serviciilor de asistență specială, în funcție de realități și de specificul local;
- h)** asigură consiliere și informare atât familiilor, cât și asistaților, privind problematica socială (probleme familiale, psihologice etc.);
- i)** intervin în combaterea și prevenirea instituționalizării ca posibilitate de abuz din partea familiei;
- j)** intervin în sensibilizarea comunității la nevoile specifice ale persoanelor cu handicap;
- k)** asigură respectarea standardelor și indicatorilor stabiliți de Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap;
- l)** promovează dezinstituționalizarea prin strategii specifice.

3. Centrele de recuperare și reabilitare

Centrele de recuperare și reabilitare au următoarele atribuții:

- a)** asigură cazarea, hrana, cazarmamentul și condițiile igienico-sanitare corespunzătoare persoanelor cu handicap asistate, precum și întreținerea și folosirea eficientă a bunurilor din dotare;
- b)** asigură asistență medicală curentă și de specialitate, recuperare, îngrijire și supraveghere permanentă a persoanelor cu handicap internate;
- c)** asigură programe individuale de recuperare specifice handicapului și persoanei;
- d)** elaborează programe de recuperare, individuale și de grup, adaptate afecțiunilor fiecărei persoane;

- e) identifica persoanele cu handicap care pot beneficia de programul de recuperare;
- f) organizeaza activitati de ergoterapie în raport cu restantul functional al persoanelor internate;
- g) organizeaza activitati psihosociale și culturale;
- h) monitorizeaza și analizeaza situatia persoanelor cu handicap internate, ulterior finalizarii programului de recuperare;
- i) asigura consiliere și informare privind problematica sociala (probleme familiale, psihologice etc.);
- j) acorda sprijin și asistenta de specialitate în vederea prevenirii situatiilor care pun în pericol siguranta persoanelor cu handicap;
- k) dezvolta parteneriate și colaboreaza cu organizatiile neguvernamentale și cu alti reprezentanti ai societatii civile, in vederea diversificarii și imbunatatirii programelor de recuperare oferite persoanelor cu handicap, în functie de realitatile și de specificul local;
- l) intervin în combaterea și prevenirea institutionalizarii ca posibilitate de abuz din partea familiei;
- m) intervin în sensibilizarea comunitatii la nevoile specifice persoanelor cu handicap institutionalizate;
- n) asigura respectarea standardelor și indicatorilor stabiliti de Autoritatea Nationala pentru Persoanele cu Handicap;
- o) promoveaza dezinstitutionalizarea prin strategii specifice.

4. Centrele de integrare prin terapie ocupațională

Centrele de integrare prin terapie ocupațională au următoarele atribuții:

- a) asigura cazarea, hrana, cazarmamentul și condițiile igienico-sanitare corespunzatoare persoanelor cu handicap asistate, precum și intretinerea și folosirea eficienta a bazei materiale și a bunurilor din dotare;
- b) asigura asistenta medicala curenta și de specialitate, recuperare, ingrijire și supraveghere permanenta persoanelor cu handicap internate;
- c) intocmesc proiecte și programe proprii care sa asigure cresterea calitatii activitatii de protectie speciala a persoanelor cu handicap, in concordanta cu specificul centrului, potrivit politicilor și strategiilor nationale, judetene și locale;
- d) elaboreaza programe individualizate sau de grup de terapie ocupationala și alte tipuri de terapie, în vederea integrarii socioprofesionale și familiale, colaborand în acest sens cu centre similare și cu organizatii neguvernamentale din tara și din strainatate;
- e) identifica persoanele cu handicap care pot beneficia de programele de terapie și asigura includerea lor în aceste programe;
- f) intocmesc rapoarte de ancheta psihosociala;
- g) asigura realizarea activitatilor de recuperare a persoanelor cu handicap prin implementarea programelor de terapie mentionate mai sus;

- h)** monitorizeaza și analizeaza situatia persoanelor cu handicap ulterior finalizarii programelor de terapie;
- i)** identifica mediile în care poate fi integrata orice persoana cu handicap care a parcurs programele de terapie;
- j)** asigura conditiile necesare desfasurarii programelor de terapie în vederea integrării socioprofesionale a persoanelor cu handicap;
- k)** asigura echipamentul de munca și protectie și organizeaza activitati de cunoastere și respectare a normelor de protectie și igiena a muncii;
- l)** acorda sprijin și asistenta de specialitate în vederea prevenirii situatiilor care pun în pericol siguranta persoanelor cu handicap;
- m)** asigura autofinantarea centrului prin valorificarea serviciilor și produselor realizate în cadrul acestuia;
- n)** asigura remunerarea asistatilor, în functie de munca depusa și de beneficiile obtinute;
- o)** organizeaza activitati cultural-educative și de socializare atat în interiorul centrelor, cat și în afara acestora;
- p)** asigura prin intermediul psiho- și socioterapeutilor integrarea persoanelor cu handicap în grupuri mici și mixte, prin realizarea unor relatii interumane cu valoare instructiva și educativa;
- q)** dezvolta parteneriate și colaboreaza cu organizatii neguvernamentale și cu alti reprezentanti ai societatii civile, în vederea diversificării serviciilor de asistenta speciala, în functie de realitatile și de specificul local;
- r)** asigura consiliere și informare atat familiilor, cat și asistatilor, privind problematica sociala (probleme familiale, psihologice etc.);
- s)** intervin în combaterea și prevenirea institutionalizării ca posibilitate de abuz din partea familiei;
- t)** intervin în sensibilizarea comunitatii la nevoile specifice ale persoanelor cu handicap, în vederea integrării acestora într-o viata normala;
- u)** asigura respectarea standardelor și indicatorilor stabiliți de Autoritatea Nationala pentru Persoanele cu Handicap;
- v)** promoveaza dezinstitutionalizarea prin strategii specifice.

5. Centrele de zi

Centrele de zi indeplinesc urmatoarele atributii principale:

- a)** asigura activitatile instructiv-educative, de dezvoltare a abilitatilor și disponibilitatilor cognitive, psihomotorii, afectiv-relationale și social-adaptative, conform planului de interventie individualizat;
- b)** elaboreaza programe proprii de dezvoltare a abilitatilor și disponibilitatilor cognitive, psihomotorii, afectiv-relationale și social-adaptative, colaborand cu centre similare, cu organizatii neguvernamentale din tara și din strainatate;
- c)** asigura aplicarea politicilor și strategiilor nationale, judetene și locale, în concordanta cu specificul centrelor de zi, intocmind proiecte și programe proprii

care sa asigure cresterea calitatii activitatii de protectie speciala a persoanelor cu handicap asistate;

- d) monitorizeaza și analizeaza situatia persoanelor cu handicap asistate ulterior finalizarii proiectelor și programelor de recuperare și integrare profesionala sau sociala;
- e) identifica persoanele cu handicap care pot beneficia de programele proprii, intocmesc rapoarte de ancheta psihosociala și asigura includerea acestora în programe și proiecte instructiv-educative, de dezvoltare a abilitatilor și disponibilitatilor cognitive, psihomotorii, afectiv-relationale și social-adaptative;
- f) asigura indeplinirea standardelor de calitate a serviciilor oferite și a standardelor ocupationale specifice personalului incadrat;
- g) identifica mediile în care poate fi integrata orice persoana cu handicap beneficiara a programelor centrelor de zi;
- h) acorda sprijin și asistenta de specialitate în vederea prevenirii situatiilor care pun în pericol siguranta persoanelor cu handicap;
- i) dezvolta parteneriate și colaboreaza cu organizatii neguvernamentale, cu alti reprezentanti ai societatii civile, precum i cu unitatile protejate, în vederea integrarii în munca a persoanelor cu handicap și a diversificarii serviciilor oferite;
- j) promoveaza dezinstitutionalizarea prin strategii specifice;
- k) pun accent pe stimularea autonomiei personale și dezvolta increderea în sine a persoanei cu handicap;
- l) dezvolta un cod al conduitei cu familia, comunica și intretin relatia permanenta cu aceasta, dezvolta servicii de consiliere și orientare;
- m) rezolva probleme specifice persoanei cu handicap în legatura cu ortezarea/protezarea;
- n) acorda servicii de tip comunitar la domiciliul persoanei cu handicap;
- o) dezvolta programe de sensibilizare a comunitatii cu privire la nevoile specifice ale persoanei cu handicap;
- p) asigura monitorizarea și evaluarea programelor proprii;
- q) intervin în combaterea și prevenirea institutionalizarii ca posibilitate de abuz din partea familiei;
- r) asigura respectarea standardelor și indicatorilor stabiliti de Autoritatea Nationala pentru Persoanele cu Handicap.

6. Unități de asistență medico-socială¹⁴

Beneficiarii serviciilor acordate în unitatile de asistenta medico-sociale sunt persoane cu afectiuni cronice care necesita permanent sau temporar supraveghere, asistare, îngrijire, tratament și care, din cauza unor motive de natura economica, fizica,

¹⁴ Ministerul Sănătății, Instrucțiuni nr. 1 din 28/07/2003, de aplicare a Normelor privind organizarea, functionarea și finantarea unitatilor de asistenta medico-sociale, aprobate prin H.G. 412/2003 **Monitorul Oficial** nr. 599 din 08/22/2003

psihica sau sociala, nu au posibilitatea sa isi asigure nevoile sociale, sa isi dezvolte propriile capacitati și competente pentru integrare sociala.

Internarea în unitatile de asistenta medico-sociala este recomandata de catre unitati sanitare cu paturi și este conditionata de evaluarea medico-sociala prealabila, efectuata în conformitate cu grila de evaluare medico-sociala aprobata prin reglementarile comune ale Ministerului Sanatatii și ale Ministerului Muncii, Solidaritatii Sociale și Familiei.

Evaluarea medico-sociala a persoanelor cu nevoi medico-sociale se face în unitati sanitare cu paturi de catre personalul medico-sanitar al acestor unitati si, respectiv, de catre serviciul public de asistenta sociala din cadrul unitatilor administrativ-teritoriale în care isi au domiciliul persoanele respective.

Internarea în unitatile sanitare cu paturi în vederea evaluarii medicale se efectueaza în conformitate cu reglementarile legale în vigoare privind conditiile acordarii asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate.

Unitatile de asistenta medico-sociala asigura servicii medicale, servicii de ingrijire și servicii sociale.

Serviciile sociale de care pot beneficia persoanele internate în unitatile de asistenta medico-sociala sunt urmatoarele:

- a)** asigurarea unui nivel maxim posibil de autonomie și siguranta;
- b)** asigurarea unor conditii de ingrijire care sa respecte identitatea, integritatea și demnitatea;
- c)** asigurarea mentinerii capacitatilor fizice și intelectuale;
- d)** asigurarea consilierii și informarii atat a asistatilor, cat și a familiilor acestora privind problematica sociala (probleme familiale, psihologice și altele asemenea);
- e)** interventii pentru prevenirea și combaterea institutionalizarii prelungite;
- f)** stimularea participarii la viata sociala;
- g)** facilitarea și incurajarea legaturilor interumane, inclusiv cu familiile proprii;
- h)** organizarea de activitati psihosociale și culturale;
- i)** identificarea mediilor în care poate fi integrata persoana internata timp indelungat.

Serviciile sociale sunt asigurate de personal specializat, angajat al unitatilor de asistenta medicosociale sau al serviciilor publice locale de asistenta sociala. în unitatile de asistenta medico-sociala care nu au medici proprii angajati, serviciile medicale necesare pot fi asigurate prin contractarea acestora cu furnizori publici sau privati.

Unitatile de asistenta medico-sociala pot functiona și în regim de spitalizare de zi, furnizand atat servicii medicale, cat și servicii sociale.

Atributiile asistentilor sociali angajati ai unitatilor de asistenta medico-sociala sunt urmatoarele:

- a)** elaboreaza proiecte de interventie în scopul prevenirii și combaterii institutionalizarii pentru fiecare persoana internata;

- b)** întocmesc documentația necesară pentru internare în camine pentru persoane vârstnice, centre de îngrijire și asistență și altele asemenea în cazul persoanelor care se transferă în aceste unități;
- c)** acordă sprijin, după caz, persoanelor internate, în vederea obținerii unor ajutoare bănești, materiale și sociale, pensii și altele asemenea;
- d)** efectuează investigațiile necesare în cazuri de abandon pentru identificarea aparținătorilor persoanelor abandonate și pregătesc reintegrarea acestora în propria familie sau internarea în camine pentru persoane vârstnice, centre de îngrijire și asistență și altele asemenea;
- e)** participă la adoptarea deciziilor privind încadrarea în grupe de probleme a persoanelor care necesită protecție socială și la stabilirea modului de soluționare a problemelor identificate;
- f)** furnizează persoanelor internate sau aparținătorilor acestora informații privind drepturile de care beneficiază în conformitate cu legislația în vigoare, precum și asupra funcționării unităților de asistență medico-socială;
- g)** colaborează cu organizații neguvernamentale, fundații, asociații la realizarea unor programe care se adresează grupurilor țintă de populație din care fac parte persoane internate în unități de asistență medico-socială;
- h)** cunosc și aplică reglementările legale în vigoare referitoare la abandon, protecție socială, acordare de ajutoare și altele asemenea;
- i)** respectă și apără drepturile persoanelor internate;
- j)** respectă secretul profesional și codul de etică și deontologie profesională.

Pentru asigurarea calității îngrijirilor serviciile de sănătate mentală trebuie să îndeplinească următoarele condiții¹⁵:

- a)** să fie accesibile din punct de vedere geografic, prin repartizarea judicioasă în teritoriu a unităților din sectorul public;
- b)** să asigure continuitatea îngrijirilor și acoperirea diversității nevoilor de evaluare, tratament, reabilitare și reintegrare a persoanelor cu tulburări psihice;
- c)** să asigure și să dezvolte modele de îngrijire comunitară;
- d)** să dispună, după caz, de personal medical, paramedical și auxiliar calificat, în număr suficient și supus unui proces continuu de formare profesională;
- e)** să dispună de spații, amenajări și echipamente care să permită proceduri de evaluare și terapie adecvate și active pentru asigurarea de îngrijiri complete, în conformitate cu normele internaționale;
- f)** să asigure folosirea unor metode terapeutice și a unor mijloace care să restabilească, să mențină și să dezvolte capacitatea persoanelor cu tulburări psihice de a face față singure propriilor inabilități și handicapuri și de a se autoadministra;
- g)** să permită exercitarea drepturilor cetățenești și a celor ce derivă din calitatea de pacient, cu excepția situațiilor prevăzute de legislația în vigoare;

¹⁵ Lege nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătății mentale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 589 din data: 08/08/2002, art.25

- h)** să respecte și să asigure condiții pentru viața particulară a persoanei cu tulburări psihice;
- i)** să respecte și să fie adaptate convingerilor religioase și culturale ale persoanelor cu tulburări psihice;
- j)** să asigure accesul pacienților la procesul de evaluare a îngrijirilor.

După cum se observă și din lista de servicii anterioară, îngrijirea persoanei cu tulburări psihice este dominată de componente medicale. În România, rolul de coordonare al majorității instituțiilor de profil revine direct sau indirect, prin intermediul autorităților publice locale Ministerului Sănătății.

Un organism cu rol important în stabilirea strategiilor din domeniu este Comitetul Intersectorial de Coordonare în Sănătatea Mentală (CICSM)

Are în componență reprezentanți ai Cancelariei Primului Ministru, Ministerului Sănătății, Ministrul Educației și Cercetării, Ministerul Justiției, Ministerul Administrației și Internelor, Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse, Autoritatea pentru Protecția Copilului, Autoritatea Națională pentru Protecția Persoanelor cu handicap, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Patriarhie, Organizația Mondială a Sănătății, ONG-uri, instituții mass-media, alți reprezentanți ai societății civile.

Acest comitet este destinat facilitării și consolidării comunicării și deciziilor între factorii implicați și va avea rolurile de a iniția și susține acțiunile de promovare a sănătății mentale și reforma sistemului de îngrijiri, de a supraveghea respectarea drepturilor omului și a demnității celor cu tulburări mentale și de a asigura coordonarea unitară a procesului de reformă de către Guvern pe baza Strategiei de Sănătate Publică (capitolul de sănătate mentală) și a Strategiei Ministerului Sănătății în domeniu. Activitatea Comitetului Intersectorial de Coordonare în Sănătatea Mentală va fi sprijinită de un comitet tehnic.

Crearea centrelor de sănătate mentală cu activitate comunitară va reprezenta schimbarea majoră instituțională și va reprezenta „nucleul dur” al reformei. Aceste centre vor avea ca principale atribuții: detectarea și tratarea problemelor de sănătate mentală; oferirea pacienților cu tulburări mentale severe, în special celor cu tulburări mentale stabilizate care sunt rezidenți în comunitate, acces la medicația psihotropă și intervenții psihoterapeutice în conformitate cu recomandările de specialitate și a ghidurilor de bună practică; facilitarea trimerii către specialiștii din alte sectoare ale sănătății a cazurilor complexe; furnizarea intervențiilor în criză care pot preveni dezvoltarea episoadelor acute de boală și deteriorarea celor preexistente și asigurarea colaborării cu alte sectoare necesare pacienților cu tulburări mentale cum ar fi medicina legală, adăposturi temporare sau protejate, ateliere protejate, comisiile de expertiză a capacității de muncă, sectoare de ajutor social, învățământ, alte sectoare ale sănătății.

Unitățile Sanitare din rețeaua Ministerului Sănătății cu profil de psihiatrie sau alte unități sanitare care au secții și compartimente de psihiatrie au obligația de a angaja pe posturi normate și bugetate asistenți sociali, cu respectarea actelor normative în vigoare.

Unitatile sanitare vor infiinta, cu aprobarea Ministerului Sanatatii, cabinete de asistenta sociala și vor asigura instruirea asistentilor sociali în activitatile sociale specifice bolnavului psihic și în respectarea drepturilor omului și drepturilor pacientilor.

IV. 4. DREPTURILE PERSOANELOR CU TULBURĂRI PSIHICE¹⁶

- o Orice persoană cu tulburări psihice are dreptul la cele mai bune servicii medicale și îngrijiri de sănătate mentală disponibile.
- o Orice persoană care suferă de tulburări psihice sau care este îngrijită ca atare trebuie tratată cu omenie și în respectul demnității umane și să fie apărată împotriva oricărei forme de exploatare economică, sexuală sau de altă natură, împotriva tratamentelor vătămătoare și degradante.
- o Nu este admisă nici o discriminare bazată pe o tulburare psihică.
- o Orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul să exercite toate drepturile civile, politice, economice, sociale și culturale recunoscute în Declarația Universală a Drepturilor Omului, precum și în alte convenții și tratate internaționale în materie, la care România a aderat sau este parte, cu excepția cazurilor prevăzute de lege.
- o Orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul, în măsura posibilului, să trăiască și să lucreze în mijlocul societății. Administrația publică locală, prin organismele competente, asigură integrarea sau reintegrarea în activități profesionale corespunzătoare stării de sănătate și capacității de reinserție socială și profesională a persoanelor cu tulburări psihice.
- o Orice persoană cu tulburare psihică are dreptul să primească îngrijiri comunitare, în sensul definit de prezenta lege.
- o Orice pacient cu tulburări psihice are dreptul la:
 - recunoașterea de drept ca persoană;
 - viață particulară;
 - libertatea de comunicare, în special cu alte persoane din unitatea de îngrijire, libertatea de a trimite și de a primi comunicări particulare fără nici un fel de cenzură, libertatea de a primi vizite particulare ale unui consilier ori ale unui reprezentant personal sau legal și, ori de câte ori este posibil, și ale altor vizitatori, libertatea de acces la serviciile poștale și telefonice, precum și la ziare, la radio și la televiziune;
 - libertatea religioasă sau de convingere.
 - o Mediul și condițiile de viață în serviciile de sănătate mentală trebuie să fie pe cât posibil cât mai apropiate de viața normală a persoanelor de vârstă corespunzătoare.

¹⁶ Lege nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătății mentale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 589 din data: 08/08/2002, art 35-39.

- o Pentru petrecerea timpului liber orice pacient cu tulburări psihice are dreptul la:
 - a) mijloace de educație;
 - b) posibilități de a cumpăra sau de a primi articolele necesare vieții zilnice, distracțiilor sau comunicării;
 - c) mijloace care să permită pacientului să se consacre unor ocupații active, adaptate mediului său social și cultural, încurajări pentru folosirea acestor mijloace și măsuri de readaptare profesională de natură să îi ușureze reinserția în societate.
- o Pacientul nu poate fi obligat să presteze o muncă forțată.
- o Activitatea efectuată de către un pacient într-un serviciu de sănătate mentală nu trebuie să permită exploatarea fizică sau psihică a acestuia.
- o Studiile clinice și tratamentele experimentale, psihochirurgia sau alte tratamente susceptibile să provoace vătămări integrității pacientului, cu consecințe ireversibile, nu se aplică unei persoane cu tulburări psihice decât cu consimțământul acesteia, în cunoștință de cauză, și cu condiția aprobării de către comitetul de etică din cadrul unității de psihiatrie, care trebuie să se declare convins că pacientul și-a dat cu adevărat consimțământul, în cunoștință de cauză, și că acesta răspunde interesului pacientului.
- o Din momentul admiterii într-un serviciu de sănătate mentală fiecare pacient trebuie să fie informat de îndată ce este posibil, într-o formă și într-un limbaj pe care să poată să le înțeleagă, asupra drepturilor sale, în conformitate cu prevederile legii, iar această informare va fi însoțită de explicarea drepturilor și a mijloacelor de a le exercita.
- o Dacă pacientul nu este capabil să înțeleagă aceste informații și atât timp cât această incapacitate va dura, drepturile sale vor fi aduse la cunoștință reprezentantului său personal sau legal.
- o Pacientul care are capacitatea psihică păstrată are dreptul să desemneze persoana care va fi informată în numele său, precum și persoana care va fi însărcinată să îi reprezinte interesele pe lângă autoritățile serviciului.
- o Persoanele care execută pedepse cu închisoarea sau care sunt deținute în cadrul unei urmăririi sau al unei anchete penale și despre care s-a stabilit că au o tulburare psihică, precum și persoanele internate în spitalul de psihiatrie ca urmare a aplicării măsurilor medicale de siguranță prevăzute de Codul penal primesc asistență medicală și îngrijirile de sănătate mentală disponibile, conform prevederilor legii.

V. BIBLIOGRAFIE

- Anderson David, (1989) ***Social Work and Mental Handicap***, British Association of Social Workers
- Arcan, Petru; Ciumăgeanu, Dumitru, (1980) ***Copilul deficient mental***, Ed. Facla, Timișoara
- Baias, A., Flavius; Avram, Marieta, (1994) ***Legislația familiei***, Ed. All, București
- Ceobanu C., Diac G., Hrișuleac A. (1996) ***Conotații psihosociale ale deficienței mentale***, Iași, Editura A 92,
- Ciofu, Carmen ***Interacțiunea părinți-copii***, Editura Medicală Amaltea, București, 1998
- Coașan, Aurelia; Vasilescu, Anton, (1988) ***Adaptarea școlară***, Ed. Științifică și Enciclopedică, București
- Constantin Rusu (coord.) (1997) ***Deficiență, incapacitate, handicap – ghid fundamental pentru protecția, educația specială, readaptarea și integrarea socio-profesională a persoanelor în dificultate***, București, Editura Pro Humanitate
- Cosmovici, Andrei, Iacob Luminița (1998) ***Psihologie școlară***, Iași, Editura Polirom
- Coulshed, Veronica ***Practica asistenței sociale***, Editura „Alternative”, București, 1993,
- Department for International Development (DFID), ***Disability, Poverty and Development***, februarie 2000
- Helander, E. (1992) ***Prejudice and Dignity***, UNDP
- Hewett F.M. (1977) ***Education on Exceptional Learners***, Boston, Allyn and Bacon.
- Ionescu, Șerban, (1975) ***Adaptarea socio-profesională a deficienților mental***, Ed. Academiei RSR, București
- Krefting, Douglas (2001) ***Understanding Community Approaches to Handicap in Development***, Editor: Handicap International,
- MacMillan, D. L. (1982) ***Mental Retardation in School and Society***, Boston, Little, Brown.
- Manea Livius, (2000) ***Protecția socială a persoanelor cu handicap***, București, Editura Șansa
- Mănoiu, Florica; Epureanu, Viorica, (1996) ***Asistența socială în România***, Ed. All, București
- Miftode Vasile, (1999) ***Fundamente ale asistenței sociale***, București, Editura Eminescu
- Miftode Vasile, Rahmania Nadji – coord, (1999) ***Asistența socială în perspectivă interdisciplinară***, Baia Mare, Editura PROEMA
- Moroșanu, C, Serbina I, (1996) ***Autoritatea tutelară și protecția copilului***, Iași, Editura Moldogrup
- Moroșanu, C, Serbina I, (1998) ***Protecția copilului și practicianul social***, Iași, Editura Moldogrup

- Patton, James; Burm – Smith, Mary, (1990) **Mental Retardation**, Merrile Publishing Company, A Bell & Howell Information Company Columbus, Toronto
- Păunescu, Constantin, (1976) **Deficiența mentală și procesul învățării**, Ed. Didactică și Pedagogică, București
- Păunescu, Constantin, (1977) **Deficiența mentală și organizarea personalității**, Ed. Didactică și Pedagogică, București
- Păunescu, Constantin, (1980) **Copilul deficient, cunoașterea și educarea lui**, Ed. Didactică și Pedagogică, București
- Păunescu, Constantin; Mușu, Ionel, (1990) **Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mental**, Ed. Medicală, București
- Petru Arcan și Dumitru Ciumăgianu, (1980) **Copilul deficient mental**, Ed. Facla, Timișoara
- Rusu, Constantin – coordonator, (1997) **Deficiență. Incapacitate. Handicap.**, Editura Pro Humanitate, București
- Spînu, Mariana, (1998) **Introducere în asistența socială a familiei și protecția copilului**, Ed. Tehnică, Chișinău
- Șoitu, Conțiu (2000) **Defectologie și asistență socială**, Ed. Dimitrie Cantemir, Târgu Mureș
- Verza, Emil, (1998) **Psihopedagogie specială**, București, Ed. Didactică și Pedagogică.
- Vărășmas, Traian; Daunt, Patrick; Mușu, Ionel, (1996) **Integrarea în comunitate a copiilor cu cerințe educativ speciale**; UNICEF
- Weiss, Thomas, (1998) **Copilul cu nevoi speciale**, Ed. Triade, Cluj
- William Heward (1996) **Exceptional Children – An Introduction to Special Education**, Englewood Cliffs, Merrill/Prentice Hall
- Zazzo, Rene, (1979) **Debilitățile mentale**, Ed. Didactică și Pedagogică, București
- ***, **Cartea albă a copilului**, Fundația Copiii României, 1997
- ***, **Convenția Națiunilor Unite cu privire la drepturile copilului**
- ***, **Declarația de la Salamanca și direcțiile de acțiune în domeniul educației speciale**, UNICEF, 1995

VI. RESURSE ON-LINE

www.anph.ro – Autoritatea Națională pentru Persoane cu Handicap : acte normative, strategii și planuri naționale de acțiune, statistici, studii, legături către alte pagini internet de profil. RO, EN

www.mmssf.ro – Ministerul Muncii, Egalității de Șanse și Familiei : acte normative, strategii și planuri naționale de acțiune, statistici, studii, legături către alte pagini internet de profil. RO, EN

www3.who.org – Organizația Mondială a Sănătății. Clasificări ale maladiilor, deficiențelor și handicapurilor, morbiditate și mortalitate la nivel global, statistici, studii, programe, legături către alte pagini internet de profil. EN, FR, D, ES, IT, RUS.

www.handicapinternational.com – Organizația Handicap Internațional. statistici, studii, programe, legături către alte pagini internet de profil. EN, FR, D, ES, IT.

MEDICINA SOCIALĂ ȘI ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR CU BOLI CRONICE ȘI HIV/SIDA

Dr. Răzvan MIFTODE

CUPRINS

I. Indicatori demografici - semnificații medico-sociale

1. Natalitatea (N)
2. Fertilitatea
3. Avortul

II. Morbidity

III. Mortalitatea

1. Mortalitatea generală
2. Mortalitatea specifică pe sexe, grupe de vârstă și cauze ale morții
3. Mortalitatea infantilă
4. Mortalitatea copilului mic (*Child mortality*)
5. Mortalitatea maternă

IV. Indicatorii de apreciere a stării de sănătate a populației

1. Speranța de viață la naștere (durata medie de viață)
2. Speranța de viață cu sănătate deplină (SVSD)
3. Estimarea la naștere a anilor cu sănătate deplină pierduți (ASDP)
4. Proporția de persoane sănătoase
5. Dezvoltarea fizică și neuro-psihică a copiilor și adolescenților
6. Proporția de supraviețuitori la diferite vârste

V. Relația dintre dezvoltare și sănătate

1. Bolile cardiovasculare
2. Bolile pulmonare cronice
3. Bolile digestive cronice
4. Cancerul
5. Accidentele, traumatismele și otrăvirile. Patologia dezastrelor

I. Indicatori demografici – semnificații medico-sociale

1) Natalitatea (N)

Natalitatea, ca indicator demografic, se definește prin raportul dintre numărul de născuți vii înregistrați într-o perioadă definită de timp și numărul de locuitori ai teritoriului în care s-a produs acest fenomen.

Natalitatea ca fenomen demografic reprezintă suma unor evenimente demografice (nașterea de feți vii), produse într-o perioadă bine determinată (semestru, an, deceniu) și într-o populație bine definită (cea care a generat evenimentul demografic). De obicei se utilizează natalitatea anuală, a cărei valoare este semnificativă pentru analiza exactă a amplitudinii fenomenului demografic respectiv.

$$\text{Natalitatea} \# [\text{Număr de născuți vii} / \text{Numărul de locuitori}] \times 1000$$

Născutul viu este definit, conform Organizației Mondiale a Sănătății, ca fiind *“produsul de concepție extras sau expulzat din corpul mamei, indiferent de vârsta sarcinii, care după separare prezintă cel puțin unul din următoarele semne de viață: respirații spontane, bătăi ale cordului, pulsații ale cordonului ombilical sau contracția unui mușchi supus voinței, indiferent dacă placenta a fost expulzată sau nu și indiferent dacă cordonul ombilical a fost secționat sau nu”* *).

Nașterea este asistată în instituții medicale specializate în asistența gravidei și nou-născutului (maternități) și doar în cazuri excepționale (naștere precipitată, imposibilitatea gravidei de a se adresa spitalului, calamități naturale care împiedică accesul) la domiciliu sau în servicii medicale de primă linie (dispensare medicale). În aceste situații, personalul medical care acordă îngrijiri gravidei în aceste circumstanțe (medicul generalist și/sau moașa) este obligat să ia legătura cu serviciile de ambulanță pentru trimiterea în condiții de siguranță a mamei și copilului la maternitatea cea mai apropiată. Internarea în serviciile specializate de obstetrică-ginecologie se impune datorită evoluției naturale imprevizibile a stării de sănătate a mamei și nou-născutului precum și pentru realizarea unor manopere medicale preventive (vaccinare etc.). Recent, Ministerul Sănătății din România a adoptat o serie de norme privind însemnele de

* Această definiție are importanță medico-legală și medico-socială, delimitând clar față de situația unui născut mort (făt mort înainte de începerea travaliului) sau a nașterii unui făt care la începutul travaliului avea viață dar care a murit în timpul nașterii, înainte de separarea de corpul mamei. De asemenea, situațiile incerte, ambigue, când moartea unui făt imediat după separarea de mamă era considerată ca fiind “naștere a unui făt mort” pe motiv că moartea s-a produs înainte de terminarea ultimei etape a nașterii (expulzarea/extragerea placentei și ligaturarea cu secționarea cordonului ombilical) sunt clarificate prin această definiție.

identificare ale nou-născuților imediat după naștere. Potrivit acestora, nou-născutul va fi identificat imediat după naștere, înainte de secționarea cordonului ombilical, prin atașarea unei brățări pe antebrațul acestuia (culoare roz pentru fete și albastră pentru băieți). Pe aceste brățări vor fi scrise numele mamei, numărul foii de observație, sexul nou-născutului, data și ora nașterii. Mamei i se va atașa o brățară identică, cu aceleași înscrisuri. Brățările vor fi atașate de medicul/moașa care a asistat nașterea. Aceleași reguli se vor aplica și în secțiile de neo-natologie, precum și în situația când copilul s-a născut la domiciliu/dispensar.

Unitatea medicală în care s-au acordat îngrijiri la naștere eliberează certificatul constatator al nașterii, unde se va face mențiunea de “născut viu”. Pe baza acestui act, tatăl copilului (sau mama, în cazul copilului cu tată necunoscut) este obligat să înregistreze copilul la oficiul de stare civilă pe raza căruia domiciliază. Înregistrarea se face în termen de 14 zile de la naștere.

Valori înregistrate în România și pe plan mondial

În România. Cele mai recente date oferite de Centrul național de Statistică (România) (iulie 2004) arată o tendință de creștere a natalității comparativ cu anul precedent, și anume 9,7‰ în primul trimestru 2004 față de 9,5‰ în aceeași perioadă a anului trecut. Mai multe nașteri s-au înregistrat în mediul rural decât în mediul urban. De asemenea, se mențin valorile mai ridicate ale natalității în zonele din nord-estul țării (Botoșani, Iași, Vaslui), județul Iași fiind singurul unde natalitatea a depășit 12‰. Cea mai scăzută natalitate s-a înregistrat în județul Teleorman (7,4‰). În Capitală, natalitatea a fost de 8,1‰.

Valorile acestui indicator au înregistrat o scădere importantă față de 1991, de la 11,9‰ (1991) la 9,7‰ în 2003. După o perioadă de creștere, înregistrată în perioada 1996-2000 (10,4 – 10,5‰), din 2001 natalitatea a scăzut la sub 10‰.

Deși nivelul natalității se menține mai ridicat în mediul rural față de urban, evoluția din ultimii ani înregistrează o tendință de creștere în urban și de diminuare în mediul rural (posibil în paralel cu procesul mai accentuat de îmbătrânire înregistrat în acest mediu).

Pe plan mondial. Valorile natalității înregistrate în perioada 1995-2000 sunt redate în tabelul nr. 1. La nivel global, în perioada 1995-2000 natalitatea a fost de 22,3‰, cu variații considerabile între regiunile slab dezvoltate economico-social (25,5‰) și regiunile avansate economic (11,3‰). În Europa natalitatea a fost de 10,2‰ pentru aceeași perioadă, înregistrându-se diferențe între regiunile europene: cele mai mici nivele ale natalității constatându-se în Europa de Est. România (10,4‰) a prezentat un nivel al natalității peste media europeană și peste media regională.

Factorii care influențează fenomenul natalității într-un teritoriu

- a) proporția populației feminine de vîrstă fertilă (15-49 ani);
- b) vîrsta medie a femeilor la căsătorie; o vîrstă medie ridicată scade șansele fertilității maritale.
- c) Tradițiile culturale, morale și religioase ale populației;
- d) Educația populației feminine fertile; se constată o rată a natalității mai ridicată la populația feminină cu educație medie sau bazală;
- e) Gradul de ocupare a populației feminine în activități sociale, educaționale, de formare profesională, de promovare pe scala socială;
- f) Frecvența utilizării metodelor contraceptive de către populație;
- g) Rata avorturilor (spontane, terapeutice sau la cerere)
- h) Rata nupțialității (numărul de căsătorii). În mod tradițional, natalitatea este un fenomen consecutiv nupțialității, în sensul că nașterea este rezultatul concepției copilului în cadrul unei familii. Există de asemenea situația nașterii copilului înafara unei familii întemeiate oficial (concubinaj sau mame singure necăsătorite și neangajate într-o relație de concubinaj). Se constată că nașterile în familii oficializate civil și religioase sunt cele mai numeroase.
- i) Comportamentul demografic specific populației respective. Un *comportament demografic natural* (fără utilizarea metodelor contraceptive) asigură o rată ridicată a natalității, comparativ cu *comportamentul demografic conștient* (utilizarea de metode contraceptive) care determină un număr scăzut de nașteri.
- j) Gradul de dezvoltare socio-economică a regiunii/țării. O societate dezvoltată economic asigură instrumente de stimulare a natalității prin servicii medico-sociale de calitate pentru mamă și copil, mijloace financiare de susținere (ajutoare, premii pentru mame, indemnizații pentru copii și nașteri), facilități legislative și administrative privind asigurarea cu locuințe, protecție a locurilor de muncă, facilități educaționale etc.). Paradoxal, actualmente se constată o rată a natalității mult mai ridicată în regiunile slab dezvoltate economic (25,5% față de 11,3% în țările dezvoltate) (Tabel 1), cu valori peste medie în țări confruntate în ultimul deceniu cu catastrofe politice, economice și sociale (Irak – 37,3%, Rwanda – 44,5%, Somalia – 52,4%). Această situație poate fi explicată atât prin tradiția religioasă, culturală a regiunilor respective, cât și prin proporția relativ ridicată a populației tinere, asociată cu o durată medie de viață redusă și cu o supramortalitate a populației adulte și vîrstnice;
- k) Politica demografică a statului. Există țări cu *politică demografică antinatalistă*, explicată prin explozia demografică dublată de o limitare a resurselor financiare, medicale și de asigurare a hranei (India, China), există țări cu *politică pronatalistă* (ex. Franța, Italia, Germania, Austria, Suedia) justificată prin rațiuni demografice și economice, precum și țări fără o politică natalistă bine definită (*politică natalistă indiferentă*).

Tabel 1: Natalitatea înregistrată în diferite regiuni ale lumii (sursa: Organizația Mondială a Sănătății)

REGIUNE/ȚARĂ	NATALITATEA (‰) (1995-2000)
Mondial	22,7
Regiunile cele mai dezvoltate	11,3
Regiunile cel mai puțin dezvoltate	25,5
America de Nord	14,4
America Latină și Caraibe	23,3
Africa	38,8
Asia	22,4
Oceania	18,7
Europa	10,2
Europa de est	9,3
Europa de Nord	11,9
Europa de sud	10,1
Romania	10,4
Bulgaria	8
Ungaria	9,9
Moldova	11,9
Serbia și Muntenegru	12,4
Turcia	23
Rusia	8,9
Bosnia-Herțegovina	10,5
Franța	12,6
Germania	9,5
Italia	9,2
Iran	19,5
Irak	37,3
Rwanda	44,5
Somalia	52,4

Natalitatea reprezintă un indicator demografic important, a cărei valoare are multiple semnificații, atât din punct de vedere social, economic cât și medical.

Semnificația socială a indicatorului Natalitate

Deși nu se poate realiza o paralela între gradul de dezvoltare economico-socială și a serviciilor comunitare și rata natalității, totuși nivele diferite ale acestora din urmă oferă conducătorilor societății indicii cu valoare de prognoză asupra resurselor de care

grupul populațional respectiv (local, regional, popor, naționalitate, națiune) va beneficia în viitor. În prezent, nu există o relație direct proporțională între dezvoltarea unei societăți și rata natalității înregistrată în populația respectivă. În țările dezvoltate economic se constată nivele reduse ale natalității (Franța 12,6‰, Germania 9,5‰, Italia 9,2‰), comparativ cu țările lumii a 3-a unde natalitatea foarte ridicată reprezintă o sursă continuă de probleme foarte greu de soluționat. Se remarcă nivele foarte ridicate ale natalității în țări confruntate atât cu probleme economice aproape insurmontabile cât și cu probleme politice, război, foamete, epurare etnică (Rwanda – 44,5‰, Somalia 52,4‰, Irak 37,3‰). Pe de altă parte, se estimează că țările dezvoltate se vor confrunta în viitorul apropiat cu un deficit al forței de muncă care va adânci deja actuala criză a sistemului de pensii și a politicii emigrației, în timp ce pentru țările subdezvoltate natalitatea crescută, luată ca fenomen socio-demografic ca atare, nu va reuși singură să rezolve problemele grave de dezvoltare umană, economică și educațională cu care se confruntă în prezent.

Semnificația economică

O natalitate ridicată asigură o întinerire a populației, fenomen benefic pentru dezvoltarea economică generală prin asigurarea forței de muncă, primenirea potențialului creator și lucrativ al națiunii, scăderea cheltuielilor pentru sănătate, handicap, asistență socială sau pensii. Pe de altă parte, o natalitate ridicată în contextul unei societăți înapoiate economic, cultural-educativ, social și politic reprezintă o problemă împovărătoare, dificil în a fi asistată și soluționată. Creșterea populației tinere atrage după sine o serie de cheltuieli importante necesare pentru asistența mamei prenatal și postnatal, asistență medicală preventivă și curativă a copilului, asistență socială, așezăminte pentru educație (creșe, școli, licee) precum și probleme sociale necesar a fi prognozate (locuri de muncă în viitor, asigurarea accesului la studii superioare etc). O societate săracă va face față cu greu cerințelor ridicate de o asistență a copilului conform normelor internaționale, iar problemele sociale, educaționale și medicale grave ar putea fi lăsate nerezolvate în acest context. Se impune, mai ales în regiunile/țările cu astfel de probleme, intervenția administrației centrale pentru reglarea ratei nașterilor și adoptarea unei politici nataliste adecvate obiectivelor de dezvoltare viitoare, problemelor curente sau dificultăților prognozate.

Semnificația medicală

Natalitatea ridicată impune rezolvarea unor probleme specifice din punct de vedere medical/sanitar. O populație tânără numeroasă necesită o serie de servicii medicale particulare, cum ar fi activitatea preventivă (vaccinări-imunizări, profilaxia rahitismului, a bolilor endocrine sau nutritionale medicina copilului, medicina școlară) și curativă (servicii de pediatrie la toate nivelele), precum și servicii specializate

(asistența medicală a copiilor cu handicap neuro-motor, a copiilor orfani sau abandonați, a copiilor cu cancer sau HIV pozitivi). Aceste activități presupun fonduri mari dar absolut necesare pentru respectarea standardelor internaționale. Subfinanțarea acestor domenii are repercursiuni grave asupra menținerii unei stări de sănătate bune a copiilor și adolescenților și pentru menținerea sub control a unor boli infecto-contagioase severe.

2) Fertilitatea

Este un indicator mult mai specific al fenomenului nașterilor, raportînd numărul de născuți vii la numărul populației feminine de vîrstă fertilă (15 – 49 ani).

Fertilitatea generală # [Nr. Născuți vii/Nr. Femeilor fertile] x 1000

Fertilitatea specifică pe grupe de vîrstă raportează numărul de născuți vii din mame de o anumită vîrstă la numărul mamelor de vîrsta respectivă.

Fertilitatea specifică (pentru grupa de vîrstă 20-24 ani) # [Nr.născuți vii din mame de vîrsta 20-24 ani/Nr.femeilor de 20-24 ani] x 1000

De exemplu, fertilitatea specifică pentru grupa de vîrstă 20-24 ani se calculează raportînd numărul de născuți vii din mame în vîrstă de 20-24 ani la numărul total al femeilor cu vîrsta cuprinsă între 20-24 ani. Astfel se poate evalua mai exact care grupe de vîrstă au fertilitatea cea mai mare (respectiv cea mai mică), și, în consecință, care ar putea fi explicațiile unor astfel de rezultate.

Se pot face aprecieri asupra fertilității la adolescente sau la femeile >35 ani precum și în funcție de anumite caracteristici socio-profesionale și educaționale (femei celibatate, femei cu studii medii sau superioare, femei cu încadrare profesională sau casnice etc.).

În funcție de amploarea fenomenului la aceste categorii populaționale, serviciile de asistență socială pot pune în aplicare programe de sprijin, asistență și consiliere destinate acestora (consiliere pentru adolescentele gravide, pentru femeile singure sau fără venituri).

De asemenea, pot fi dezvoltate servicii de planificare familială, ținute pe aceste categorii de populație feminină, cu scopul de evitare a sarcinilor nedorite sau de spațiere adecvată a sarcinilor în timp.

Aceste măsuri se impun avînd în vedere și situația concretă la unele categorii populaționale feminine cu risc (Raportul Național de Dezvoltare Umană 2001-2002):

- 1% din copii au fost născuți din mame sub 16 ani;
- procentul mamelor singure a ajuns, în 1999 – la 24 %
- peste 1/3 din familiile cu 3 copii și aproape 45% din familiile cu 4 copii trăiesc în sărăcie.

Tabel 2: Servicii sociale pentru categorii populaționale cu risc

Categoria cu risc	Tipuri de servicii de asistență comunitară
Mame adolescente	- Asistența socială a copilului și mamei - Reinserția socio-profesională a mamei - Reinserția în procesul de educație/calificare - Evitarea abandonului copilului - Planning familial
Femei singure (celibatare/divorțate)	- Asistența economică a mamei și copilului - Protecția mamei - Asistența juridică - Asistență profesională (de protecție a locului de muncă) - Planning familial
Femei fără venituri	- Asistență financiară a mamei - Asigurarea locuinței pentru mamă și copil - Inserția socială și profesională a mamei - Planning familial

Nașterea prematură

Nașterea prematură reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, fiind asociată cu mortalitate perinatală, morbiditate neonatală și handicap. Incidența nașterii premature este în legătură cu asistența medicală a femeilor de vârstă fertilă și modul de înregistrare a nașterilor. În ultimii 15 ani s-a constatat o creștere a incidenței nașterilor premature, în special înainte de 28 săptămâni de sarcină.

Factorii de risc asociați sunt sarcinile apărute prin terapie reproductivă asistată, ovulație indusă medicamentos, nașteri multiple, vârsta mamei > 34 ani, stressul și stilul de viață. Pe de altă parte, îmbunătățirea asistenței medicale în sfera neonatologiei a permis creșterea ratei de supraviețuire a născuților prematur, în special în ultimii 15 ani.

Pe de altă parte, se suspicionează implicarea infecției puerperale în declanșarea prematură a nașterii. Infecția la femeia gravidă pare a determina un risc crescut încă din primele luni de sarcină (infecția ar favoriza instalarea unor anomalii ale produsului de concepție, defecte în joncțiunea feto-placentară etc.).

Există 3 situații principale de naștere prematură: *nașterea indusă medical* (iatrogenă – declanșarea este recomandată de echipa medicală – 25% din total), *ruptura prematură a membranelor* (25% din total) și *declanșarea spontană prematură a nașterii* (50% din cazuri).

Nașterea prematură este clasificată în:

- nașterea prematură foarte „precocă” (< 28 săptămâni de sarcină) (asociată cu mortalitate și morbiditate neonatală foarte ridicate)

- naștere prematură precoce (28 – 31 săptămâni)
- naștere prematură propriu-zisă (32 – 36 săptămâni).

Studii recente apreciază că nașterea prematură foarte precoce este determinată în special de infecțiile puerperale, cea precoce de stress și de stilul de viață al mamei, iar cea „tardivă” de asocierea dintre factorii de risc menționați.

3) Avortul

Definiție

Avortul reprezintă extragerea sau expulzia din corpul mamei a produsului de concepție, în primele 22 săptămâni de sarcină.

Dacă nu se poate aprecia corect vârsta sarcinii, întreruperea cursului acesteia este considerată avort dacă produsul de concepție expulzat (extras) a avut o greutate mai mică de 500 grame.

Această definiție a avortului este diferită de cea recomandată de OMS în urmă cu aproximativ 2 decenii (și în care se considera avort întreruperea cursului sarcinii înainte de 28 săptămâni sau eliminarea unui produs de concepție cu greutatea mai mică de 1000 grame și talia < 35 cm).

Noua definiție derivă din observațiile înregistrate în serviciile de obstetrică și neo-natologie care au certificat viabilitatea produsului de concepție expulzat înainte de vârsta de 28 săptămâni a sarcinii sau avînd o greutate corporală sub 1000 grame.

Clasificarea avortului

1. Avortul spontan
2. Avortul provocat:
 - a. avortul terapeutic
 - b. avortul la cerere
 - c. avortul ilegal

3.1. Avortul spontan

Definiție:

Avortul spontan reprezintă o întrerupere spontană, independent de voința mamei sau a unei terțe persoane, a sarcinii înainte de termenul de viabilitate a produsului de concepție.

Riscul unui avort spontan la o femeie, care nu prezintă antecedente, este de 15%. La femeile care au prezentat un avort spontan în antecedente, riscul unui AS repetat este de 20%, iar dacă a prezentat două AS consecutive acest risc ajunge la 35%.

Boala abortivă: succesiune de avorturi spontane

Există mai multe forme clinice ale avortului spontan: iminența de avort, avortul spontan incipient, în evoluție, incomplet sau complet.

Conform termenului de gestație când s-a produs avortul, deosebim AS: precoce (înainte de 12 săptămâni de gestație) și tardiv (între 13 și 22 săptămâni).

Ereditatea are o pondere importantă în apariția riscului de avort: s-a observat că avortul este mai frecvent la femeile ale căror mame au avut la rândul lor avorturi. De asemenea, istoricul personal al femeii este relevant în augmentarea riscului de producere a avortului: femeile cu antecedente de avort spontan prezintă un risc mai mare de repetare a acestui eveniment.

Incidența avortului spontan este mare: din numărul total de sarcini uterine, circa 10% se termină prin avort.

Cauze

a) Materne: afecțiuni uterine (anomalii anatomice ale uterului, endometritele, insuficiența istmicocervicală, modificări anatomice ale miometrului); afecțiuni anexiale (inflamații sau tumori ale anexelor uterine), cauze generale (boli infecțioase sau endocrine materne, factori imunologici).

b) Externe: carențele alimentare, intoxicațiile exogene, traumatismele.

Factori de risc

- antecedente personale, afecțiunile inflamatorii ale uterului, chiuretajele cavității uterine în antecedente, evoluția complicată a perioadei de lăuzie sau post-avort.

Tabel 3: Cauzele avortului spontan; factori de risc

Cauze materne	- boli uterine (tumori, inflamații, infecții, malformații) - anomalii ereditare - boli anexiale și ovariene - boli generale (infecțioase, endocrine, metabolice)
Cauze externe	- intoxicații exogene - traumatismele - carențe alimentare
Factori de risc	- antecedentele personale (de AS) - chiuretajele uterine repetate - sarcini anterioare cu risc

3.2 Avortul provocat

Reprezintă întreruperea voită a cursului sarcinii, prin voința mamei sau dictată de rațiuni medicale, morale sau bioetice.

Se deosebesc 3 tipuri de avort provocat:

- a. avortul provocat la cerere
- b. avortul terapeutic
- c. avortul provocat ilegal

a. Avortul la cerere

Se realizează prin intervenția medicului, la cererea mamei. Motivațiile care stau la baza unei astfel de opțiuni sunt în principal de natură psiho-afectivă, fiind consecința unui comportament sexual neprotejat și a unei neglijări a regulilor planificării familiale/ lipsei unei conduite contraceptive.

Tabel 4: Cauzele avortului la cerere

Cauză	Particularități
<i>Psiho-afectivă</i>	- relație perturbată cu partenerul - lipsa “instinctului” matern - lipsa unei casnicii (sarcină “din flori”) - tulburare afectivă
<i>Socio-profesională</i>	- status socio-profesional instabil, nesigur - educație profesională în derulare - planificare profesională anterioară - dificultăți socio-profesionale ale consortului
<i>Economică</i>	- resurse financiare limitate - șomaj/pauperizare - femeie singură
<i>Morală</i>	- adulter - sarcină în afara căsătoriei
<i>Planificare familială</i>	- avortul ca metodă de planificare familială

b. Avortul terapeutic

Constă în întreruperea cursului sarcinii în următoarele circumstanțe:

- continuarea sarcinii pune **în pericol evident sănătatea sau viața mamei** (sarcina agravează boli pre-existente ale mamei sau declanșează afecțiuni grave a căror evoluție este exacerbată prin menținerea în continuare a sarcinii);

- există indicii solide că sarcina se poate solda cu nașterea unui produs de concepție neviabil sau cu malformații grave (date certe despre incidente cu potential teratogen în cursul sarcinii prezente: infecții virale, expunerea la substanțe nocive, expunere la radiații etc. precum și teste pre-natale elocvente pentru o anomalie genetică sau malformație congenitală);
- sarcina este consecința unui viol, incest sau abuz sexual față de o minoră sau o femeie lipsită de discernământ

c. Avortul provocat ilegal

Avortul presupune o intervenție chirurgicală, cu toate regulile de siguranță aferente. Realizarea avortului în afara acestor reguli îmbracă caracter ilegal.

În practică, se consideră un avort ca fiind ilegal:

- a. dacă este practicat de către o persoană care nu are calificarea de medic ginecolog
- b. dacă este practicat în afara serviciilor medicale specializate (de obstetrică-ginecologie)

Existența a cel puțin uneia din aceste situații certifică caracterul ilegal al manevrei. Altfel spus, un avort este considerat ilegal chiar dacă este, de exemplu, efectuat de către un medic ginecolog, dar în condiții improprii care pot pune în pericol viața femeii; în aceeași măsură, o manevră abortivă efectuată de către o persoană necalificată într-o unitate specializată de obstetrică-ginecologie este considerată ilegală.

Manevra abortivă trebuie să fie considerată o manoperă chirurgicală, în consecință trebuie respectate toate regulile și protocoalele aferente unei astfel de intervenții.

Avortul provocat trebuie să fie efectuat într-o unitate medicală prevăzută inclusiv cu serviciu de terapie intensivă și anestezie, echipă de medici, aparatură și instrumente de asistență medicală de urgență.

Chiar efectuate în serviciile specializate, manopera abortivă este grevată de o serie de riscuri. Din acest motiv, trebuie insistat ca această manevră să fie făcută numai în serviciile specializate (spitale de obstetrică-ginecologie).

Încălcarea acestor reguli transformă manopera într-un act ilegal, de gravitate penală.

În cele ce urmează se citează extrase din Codul Penal referitor la avortul provocat ilegal.

“Art. 185.

(1) *Înteruperea cursului sarcinii, prin orice mijloace, săvârșită în vreuna dintre următoarele împrejurări:*

- a) *în afara instituțiilor medicale sau cabinetelor medicale autorizate în acest scop;*
- b) *de către o persoană care nu are calitatea de medic de specialitate;*
- c) *dacă vârsta sarcinii a depășit patrusprezece săptămâni, se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 3 ani.*

(2) *Înteruperea cursului sarcinii, săvârșită în orice condiții, fără consimțământul femeii însărcinate, se pedepsește cu închisoare de la 2 la 7 ani și interzicerea unor drepturi.*

(3) Dacă prin faptele prevăzute în aliniatul (1) și (2) s-a cauzat femeii însărcinate vreo vătămare corporală gravă, pedeapsa este închisoare de la 3 la 10 ani și interzicerea unor drepturi, iar dacă fapta a avut ca urmare moartea femeii însărcinate, pedeapsa este închisoarea de la 5 la 15 ani și interzicerea unor drepturi.

(4) În cazul când fapta prevăzută în aliniatul (2) și (3) a fost săvârșită de medic, pe lângă pedeapsa închisorii, se va aplica și interdicția exercitării profesiei de medic.

(5) Tentativa se pedepsește.

(6) Nu se pedepsește întreruperea cursului sarcinii efectuată de medic:

a) dacă întreruperea cursului sarcinii era necesară pentru a salva viața, sănătatea sau integritatea corporală a femeii însărcinate de la un pericol grav și iminent și care nu putea fi înlăturat altfel;

b) în cazul prevăzut în aliniatul (1) litera c), când întreruperea cursului sarcinii se impunea din motive terapeutice, potrivit dispozițiilor legale;

c) în cazul prevăzut în aliniatul (2), când femeia însărcinată s-a aflat în imposibilitatea de a-și exprima voința, iar întreruperea cursului sarcinii se impunea din motive terapeutice, potrivit dispozițiilor legale. “

Date statistice

România deține un nedorit loc fruntaș în topul țărilor cu rata cea mai mare a avorturilor. După Revoluția din decembrie 1989 s-a ridicat interdicția de efectuare a avortului la cerere. În consecință, în anul 1990 s-au înregistrat peste 1 milion de avorturi la cerere. După această dată, se constată o scădere progresivă a amplitudinii acestui fenomen, proporțional cu creșterea eficienței acțiunilor de educație sanitară și planificare familială, implementării unei noi conduite demografice (comportament demografic conștient) și apariției de generații tinere de femei, mai puțin dispuse să apeleze la astfel de metode.

Dacă în prima parte a deceniului trecut rata avorturilor s-a menținut la valori mari, peste 50.000 anual, din 1996 numărul avorturilor a scăzut permanent, în 2000 ajungând la 250000. Cu toată această scădere impresionantă, țara noastră se menține încă în topul țărilor cu cea mai mare rată a avorturilor. Explicațiile acestei stări de fapt pot fi următoarele:

- existența – încă – a unei slabe educații sanitare a populației feminine (conștientizarea încă insuficientă a riscurilor manevrei, a repercusiunilor asupra sănătății fizice, psihice și reproductive etc.)
- receptivitatea redusă a populației feminine la mesajele educației sanitare, stare de fapt care este în strânsă legătură cu nivelul precar al cunoștințelor în acest domeniu.
- slaba instruire în ceea ce privește regulile planificării familiale
- accesibilitatea redusă la metode contraceptive moderne, datorită costurilor ridicate, persistenței unei mentalități încă „tradiționale” în ceea ce privește utilizarea lor, neîncrederii în eficiența acestora etc.

Spre exemplificare, cităm din Raportul Național de Dezvoltare Umană 2001 – 2002, întocmit sub patronajul OMS:

- numărul femeilor care utilizează metode contraceptive este de numai 30%
- 9% din cupluri utilizează prezervativul
- 8% din femei utilizează pilula contraceptivă

Mortalitatea maternă prin avort, deși a scăzut comparativ cu perioada de până în 1989 (1,5 decese la 1000 femei), se menține încă ridicată. Interesantă este comparația cu anul 1965, în care s-a înregistrat o mortalitate maternă prin avort de numai 0,17 decese la 1000 femei. Explicația constă în creșterea explozivă, după 1966, a avorturilor efectuate ilegal, consecință a interzicerii avorturilor la cerere și a instituirii unei prohibiții față de alte metode contraceptive.

Numărul mare de avorturi înregistrat în țara noastră poate fi judecat și prin prisma comportamentului demografic al populației feminine. Am citat anterior cauzele afinității scăzute a româncelor față de mijloacele contraceptive. Acest lucru se reflectă și în nivelul prevalenței contracepției la nivelul populației feminine de vârste fertilă (tabel 5).

Tabel 5: Prevalența contracepției

REGIUNE	PREVALENȚA CONTRACEPȚIEI (%)
Mondial	61,9
Regiunile cele mai sărace	60,2
Regiunile cele mai bogate	70,4
America de Nord	76,2
America Centrală și Caraibe	68,8
Africa	25,2
Asia	65,6
Europa	70,1
Europa de Est	63,2
Bulgaria	85,9
Franța	74,6
Italia	60,2
Germania	74,7
Moldova	73,7
România	63,8
Serbia	55
Turcia	63,9
Ukraina	67,5
Ungaria	77,4
Marea Britanie	82
SUA	76,4
Iran	72,9
Irak	13,7

Numai 63,8% din femeile de vârstă fertilă din România au utilizat în cursul unui an o metodă de contracepție, nivel mai mic decât media europeană (70,1%) și chiar față de țările învecinate (Bulgaria – 85,9%, Moldova – 73,7%, Ucraina – 67,5%, Ungaria – 77,4%).

Consecințele avortului

a) Consecințe fizice

- la nivelul aparatului reproducător: leziuni ale organelor genitale (sinechii uterine, leziuni ale mucoasei și peretelui uterin, inflamații cronice, infecții locale, hemoragii)
- generale: sterilitate secundară, hemoragii masive cu șoc, infecții generalizate – septicemii)

b) Consecințe psiho-afective și familiale

- femeia poate dezvolta un sindrom „post-avort”, caracterizat prin tulburări de somn, de afectivitate, stări depresive cu grade variate de intensitate (mergând până la tendințe suicidare), tulburări de alimentație. Aceste manifestări pot influența într-atât calitatea vieții, încât să fie necesară intervenția psihologului sau a psihiatrului pentru rezolvarea acestei probleme. Se impune, de asemenea, consilierea pre- și post-avort.
- Afectarea relațiilor în cuplu; un avort efectuat fără consimțământul partenerului (care – totuși – nu este obligatoriu!) poate determina o criză conjugală conducând chiar la ruptură afectivă. Acest risc trebuie abordat în cadrul consilierii pre-avort.
- Avortul împiedică dezvoltarea familiei și limitează dimensiunile ei;
- Relația cu ceilalți copii. Avorturile repetate determină o perturbare a sentimentelor materne, astfel încât în timp se poate dezvolta la femeia respectivă o așa-numită stare de „anestezie afectivă” manifestată specific asupra copiilor. Dacă avortul (avorturile) nu au fost precedate de nașterea unui copil, există riscul ca femeia respectivă să nu mai dezvolte ulterior dorința de a procrea (disiparea instinctului matern).

c) Efectele asupra societății

- avortul implică cheltuieli suplimentare din bugetul familiei și al sistemului sanitar. Indiferent de motiv, întreruperea sarcinii presupune manopere medicale care costă. Chiar dacă, de exemplu, avortul la cerere se plătește, tariful este mult mai mic decât costurile pe care le implică (aici excludem responsabilitatea medicului, care oricum nu poate fi cuantificată în bani). Complicațiile care apar necesită, la fel, mari cheltuieli.

- O rată mare a avorturilor determină un spor natural redus al populației, implicit un retard în procesul de întinerire, creșterea ponderii populației vârstnice, o criză viitoare a forței de muncă și a sistemului de pensii.

TEME:

- Evaluați impactul medico-social pe termen scurt și mediu al creșterii/scăderii natalității în România.
- Listați mijloacele de încurajare a natalității, specific pentru țara noastră.
- Stabiliți mijloacele cele mai eficiente de scădere a ratei avorturilor provocate în România.
- Evaluați consecințele pentru țara noastră a menținerii unei rate ridicate a avorturilor.
- Realizați o analiză pro- și contra- a fertilizării artificiale.

II. Morbiditatea

Prin morbiditate se înțelege fenomenul îmbolnăvirilor înregistrat într-o populație dată.

În evaluarea fenomenului îmbolnăvirii, înțelegem ca o înrăutățire a stării de sănătate a unui individ, se utilizează 2 repere: *boala* și *persoana bolnavă*. O boală se poate instala, evolua și vindeca fără urmări (de obicei-bolile infecțioase, traumatismele ușoare sau moderate), sau dimpotrivă, poate evolua până la decesul persoanei afectate (este cazul bolilor cronice: boli cronice cardiace, digestive, pulmonare, cancerul și diabetul zaharat).

Frecvența îmbolnăvirilor în populație este calculată și în funcție de caracterul evolutiv precum și de existența stării de vindecare.

Serviciile de sănătate publică utilizează în principal 2 instrumente în această evaluare:

- *Incidența îmbolnăvirilor*: reprezintă cazurile noi de îmbolnăvire apărute în populația unui teritoriu într-o perioadă de timp bine definită;
- *Prevalența îmbolnăvirilor*: cazurile existente de îmbolnăvire într-o populație dată, la un moment dat sau într-o perioadă de timp.

Incidența bolilor se poate calcula atât pentru bolile acute care se vindecă complet, cât și pentru bolile care o dată apărute nu se vindecă (bolile cu evoluție cronică).

Prevalența bolilor, semnificând persistența îmbolnăvirii în populația respectivă, nu poate lua în calcul decât bolile cronice; prevalența nu se poate aplica în cazul bolilor acute, care dispar după o anumită perioadă de timp (bolnavul se vindecă).

Incidența îmbolnăvirilor # (Nr. Cazuri noi de îmbolnăvire/populația teritoriului) x 100

Prevalența îmbolnăvirilor # [Nr. cazurile existente de boală (noi, vechi)/populația teritoriului]x100

Cazul nou de îmbolnăvire este evenimentul nou apărut și înregistrat o singură dată pe toată perioada de evoluție a sa.

Din punct de vedere al succesiunii și persistenței unei anumite boli, se identifică:

- boli a căror apariție se repetă de-a lungul vieții, după ce s-a vindecat prima apariție: infecții, traumatisme etc;
- boli care, o dată aparute, nu se mai repetă, deoarece prima îmbolnăvire nu s-a vindecat (boli cronice).

Incidența generală a tuturor îmbolnăvirilor se calculează raportînd suma tuturor cazurilor noi înregistrate într-o perioadă de timp într-o populație la numărul populației respective.

Incidența specifică a unei boli se calculează raportînd numărul de cazuri noi de îmbolnăvire printr-o anumită boală la numărul populației respective.

Incidența generală a îmbolnăvirilor # (Nr. total de cazuri noi de boală înregistrate/nr.populației generale) x 1000

Incidența specifică pentru o boală # (Nr.cazuri noi de o anumită boală/populația generală) x1000

De exemplu, Incidența specifică a virozelor respiratorii # (Nr.cazuri noi de viroze înregistrate într-un an/Numărul populației) x 1000.

Cazul existent de îmbolnăvire reprezintă cazul de îmbolnăvire apărut și rămas nevindecăt la momentul evaluării sau într-o perioadă de timp, și se evaluează prin prevalență.

Într-o perioadă de timp dată, o persoană se poate îmbolnăvi de mai multe ori, uneori prin aceeași cauză (ex.virozele respiratorii, pneumonii, traumatisme), fiecare episod vindecîndu-se tot în acest interval. Se explică valorile supraunitare ale incidenței unei boli care pot fi înregistrate la o persoană sau chiar la o populație. În alte situații, cum ar fi bolile cronice (care nu se vindecă), incidența lor în populație este subunitară (nu toată populația dezvoltă în aceeași perioadă de timp boala respectivă), la fel și prevalența (nu toată populația are, de exemplu, hipertensiune).

Dacă ne referim la prevalența tuturor bolilor în populație, este posibil ca valoarea acesteia să fie supraunitară (numărul total de boli cronice dintr-o populație este mai mare decât numărul populației respective).

La analiza pe grupe de vârste a incidenței și prevalenței, se constată:

- incidența îmbolnăvirilor este mai ridicată la grupele extreme de vîrstă (copii și vîrstnici);
- prevalența îmbolnăvirilor crește proportional cu înaintarea în vîrstă; prevalența la vîrstele înîntate este de regulă supraunitară (fenomenul de „acumulare a patologiilor”).

În populația generală, **cea mai mare incidență** o au: bolile infecțioase respiratorii și digestive, bolile parazitare la copii, infecțiile genito-urinare, bolile dermatologice, caria dentară, traumatismele, accidentele și intoxicațiile, alergiile

Prevalența generală este dominată de bolile cronice cardio-vasculare și cerebro-vasculare, bolile digestive cronice, tumorile, dislipidemiile și alte boli de metabolism (diabet zaharat).

Se pot calcula valorile specifice ale incidenței și prevalenței, în funcție de grupa de vârstă, sex, boală, întotdeauna luând în calcul populația căreia i se adresează evaluarea.

TEME:

- Stabiliți cauzele care favorizează morbiditatea crescută în rândul românilor.
- Stabiliți principiile și conținutul unei acțiuni de educație sanitară destinate tinerilor.
- Evaluați importanța pentru serviciile de sănătate publică a cunoașterii exacte a tabloului morbidității pe grupe de vârstă.

III. Mortalitatea

Mortalitatea reprezintă, ca fenomen demografic, suma tuturor deceselor (evenimente demografice) înregistrate într-o perioadă de timp într-o populație dată.

Unitatea de măsură a mortalității este **decesul**, care a fost definit de specialiștii medico-legali și de sănătate publică ca fiind “*încetarea definitivă a oricărei evidențe a vieții, în orice moment de timp după ce a avut loc nașterea vie*” (V.Rugină).

Termenul de **moarte** se referă la dispariția semnelor vitale independent de momentul sau de existența nașterii (cuprinde atât moartea antenatală **-avortul** și **născutul mort** – cât și moartea postnatală **-decesul**).

1. Mortalitatea generală

Mortalitatea generală reflectă frecvența deceselor într-o populație dată, într-o perioadă de timp bine definită.

Se calculează raportînd numărul total de decese într-o populație la numărul populației respective.

Mortalitatea generală # (Numărul total de decese/ Numărul populației) x 1000

Mortalitatea generală ia în calcul toate decesele înregistrate într-un teritoriu, indiferent de vârsta la care s-a produs, sex, cauze ale morții.

Mortalitatea generală depinde de:

- structura pe vârste a populației: cu cât populația este mai tânără, cu atât mortalitatea generală este mai redusă;
- tipul de morbiditate înregistrat în populația respectivă. Prevalența ridicată a bolilor cronice degenerative predispoze la un nivel mai ridicat al mortalității generale.
- nivelul de dezvoltare socio-economică a populației respective; țările dezvoltate au o mortalitate generală mai redusă, în ciuda ponderii importante a populației vârstnice;
- gradul de dezvoltare a serviciilor medicale de urgență și al îngrijirilor la domiciliu;
- nivelul de educație și instruire a populației.

În funcție de mediul social, mortalitatea este mai ridicată la populația din rural, situație explicată prin ponderea mare a populației vârstnice, nivelul de trai și gradul de asistență medicală.

2. Mortalitatea specifică pe sexe, grupe de vârstă și cauze ale morții

Se apreciază că sexul masculin are o mortalitate specifică mai mare decât sexul feminin; supramortalitatea masculină se evidențiază încă din primul an de viață.

Așa cum s-a afirmat anterior, mortalitatea este mai mare în rândul populației vârstnice. Analizându-se evoluția mortalității pe grupe de vârstă, se constată că valorile cele mai mari sunt întâlnite la grupele de vârstă extreme (0 – 5 ani și respectiv > 60 ani).

Mortalitatea specifică prin cauză de deces se calculează raportând numărul de decese determinate de către o anumită boală/situație (accident, intoxicație etc.) la numărul populației în care s-a înregistrat fenomenul.

Mortalitatea specifică prin boli cardiace # (Nr. decese produse prin boli cardiace/Nr. populației) x 1000

Mortalitatea specifică 50-59 ani # Nr. decese la populația 50-59 ani/ Nr. populației x1000

Cele mai multe decese în România sunt produse prin boli ale aparatului circulator (cardiovasculare și cerebrovasculare), boli respiratorii cronice, digestive, accidente și intoxicații, boli metabolice și boli infecțioase.

În continuare prezentăm 2 tipuri de mortalitate specifică, care au o semnificație particulară pentru stadiul actual de dezvoltare economico-socială și a serviciilor de sănătate.

3. Mortalitatea infantilă

Mortalitatea infantilă reprezintă numărul de decese înregistrate la copiii 0 – 1 an raportat la numărul de născuți vii într-o perioadă de timp determinată (semestru, an, deceniu). În mod obișnuit, pentru evaluare se utilizează MI anuală.

Mortalitatea infantilă (MI) # (Nr. Decese 0-1an/Nr. născuți vii) x 1000

Mortalitatea infantilă (MI) este unul dintre cele mai semnificativi indicatori medicali și demografici pentru aprecierea gradului de dezvoltare socio-economică și a serviciilor medicale a unei populații/regiuni/țări. Alături de indicatorii mortalitate maternă, speranță de viață la naștere și durata de viață cu sănătate deplină, MI poate oferi chiar la o analiză sumară indicii apropiate de certitudine a stării sistemului de asistență socio-medicală dintr-o țară.

Deoarece cauzele care determină decesul nou-născutului sau sugarului sunt întrucâtva diferite la diverse vârste cuprinse în intervalul 0 – 1 an, în practica medicală și statistică se apelează la sub-indicatori ai MI, specifici perioadelor de vîrstă din intervalul 0 – 1 an, și anume:

- a. *Mortalitatea infantilă precoce* (MIp) – reprezintă numărul de decese ale nou-născuților în primele 6 zile de viață;
- b. *Mortalitatea infantilă neo-natală* (Min) – reprezintă numărul de decese ale copiilor cu vîrsta între 7 – 28 zile;
- c. *Mortalitatea infantilă post-neonatală* (Mipn) – reprezintă numărul de decese ale sugarilor între 1 – 12 luni de viață.

Formulele de calcul sunt prezentate mai jos.

MI precoce # (Decese nou-născuți 0-6 zile/Nr. Născuți vii) x 1000

MI neo-natală # (Nr. Decese nou-născuți 7-28 zile/ Nr. Născuți vii) x 1000

MI post-neonatală # (Nr.decese sugari 1-12 luni/Nr.nascuți vii)x1000

Valorile acestor indicatori specifici ai MI variază în funcție de zona geografică și gradul de dezvoltare generală a societății. Astfel, în țările europene din Uniunea Europeană, cele mai mari valori le prezintă MI precoce (decese 0-6 zile), urmînd în ordine descrescătoare MI neo-natală, pentru ca cele mai mici valori să se înregistreze în cazul MI post-neonatale. În România, nivelul MI precoce este asemănător celui înregistrat în țările dezvoltate, în schimb MI neo-natală și MI post-neonatală înregistrează valori mai ridicate. Pentru MI precoce, cauzele deceselor sunt aceleași (cauze genetice, malformații congenitale, complicații obstericale); în cazul MI neo-natale și mai ales post-neonatale (cuprinzînd perioada de timp în care sugarul este îngrijit la domiciliul părinților sau în unități de ocrotire a copilului), valorile ridicate se datorează și existenței unor **factori favorizanți**: îngrijiri deficitare din partea părinților, situație economică și educațională precară ale acestora, dezvoltare defectuoasă a rețelei de asistență medicală pediatrică și de urgență prespitalicească, lipsa de educație și atitudine preventivă a adulților față de accidente, intoxicațiile și otrăvirile în mediul domestic, dezordinea în regimul de eliberare a medicamentelor, persistența tradițiilor de medicina populară dar percepute și aplicate deformat, proliferarea așa-zisei “medicină alternativă” etc.

Mortalitatea infantilă în România

Mortalitatea infantilă în țara noastră a cunoscut o scădere treptată în anii de după Revoluția din 1989, dar continuă să se mențină la nivelele cele mai ridicate din Europa (inclusiv față de țările candidate la aderarea la UE).

În anul 2003 rata MI în România a fost de 16,1 la 1000 născuți vii, conform datelor raportate de Centrul Național de Statistică și Ministerul Sănătății. În comparație, în 2002, MI a fost de 17,3‰. Valorile cele mai ridicate s-au semnalat în județele Vaslui (24 la mie), Constanța (23,8 la mie) și Ialomița (23,4 la mie), iar cele mai scăzute au fost înregistrate în județele Cluj (8,2 la mie), municipiul București (10,0 la mie), Ilfov (10,2 la mie) și Olt (10,4 la mie).

În anul 2003, rata mortalității neonatale (din prima luna de viață) a depășit 50% din structura mortalității infantile. Acest fenomen s-a datorat ponderii ridicate (aproximativ 47%) a copiilor născuți prematur din totalul copiilor decedați sub 1 an. Principalele cauze de deces le-au constituit: bolile respiratorii, cauzele perinatale (malformații și defecte genetice precum și prematuritatea* sau dismaturitatea**).

Analizele efectuate de Ministerul Sănătății arată că majoritatea deceselor < 1 an s-au petrecut în mediul spitalicesc (70%), iar 25,3% s-au produs la domiciliul copilului.

Decesul sugarului la domiciliu este un fenomen frecvent și îngrijorător, cauzele identificate fiind legate de evoluția supraacută a bolii (53,5% din cazuri), accidente soldate cu decesul subit al copilului (10,1%), lipsa de adresabilitate a părinților la serviciile medicale, tratamentul inițiat de părinți sau “binevoitori” fără consultul unui medic. O pondere alarmantă o reprezintă accidentele domestice cărora le caz victimă inclusiv sugarii (intoxicație cu monoxid de carbon – mai ales în mediul rural, incendii, asfixie prin inhalare de corpi străini sau cu obiecte, traumatisme soldate cu contuzii grave etc.). Județele unde s-au semnalat cele mai multe decese 0-1 an la domiciliu, au fost, în anul 2002: Brăila, Giurgiu, Iași, Bacău, Ialomița și Constanța.

Mortalitatea înregistrată la domiciliu este favorizată în primul rând de lipsa de educație și de prevedere a părinților sau persoanelor care au în îngrijire pe sugari, lipsa unei culturi sanitare solide, utilizarea defectoasă, primitivă chiar a multor locuințe (în special în mediul rural), nivelul de trai foarte scăzut, alcoolismul și violența părinților. În al doilea rând, accesibilitatea redusă la serviciile medicale în unele localități rurale constituie, de asemenea, o cauză a acestui fenomen.

În primul semestru al anului 2004 s-a constatat o creștere a MI, și anume 19,3‰, față de 17,6‰ în aceeași perioadă a anului 2003 (1006 decese față de 908 decese).

MI a fost și se menține mai crescută în mediul rural (22,7‰) comparativ cu mediul urban, unde s-a înregistrat o MI de 15,8‰ (date valabile pentru semestrul 1 2004). Aceeași sursă relevă că singurele județe la care se constată o valoare a MI < 8‰

* copilul născut prematur: copilul născut înainte de data estimată a nașterii la termen (38 – 42 săptămâni de sarcină)

** copilul născut dismatur: copilul născut la termen dar care are o greutate la naștere mai mică decât 2500 grame (considerată greutate minimă normală)

sunt Giurgiu și Ilfov. La polul opus se situează Covasna și Ialomița, cu valori ale MI >30‰. În sud-estul țării se constată valori peste media națională.

În ceea ce privește indicii specifici ai MI, se constată creșteri la toți cei 3 indicatori utilizați și anume: *MI precoce* a crescut de la 5,5‰ la 6,9‰, *MI neo-natală* de la 8,6‰ la 9,5‰, iar *MI post-neonatală* de la 8‰ la 8,8‰.

Mortalitatea infantilă pe plan mondial

În perioada 1995-2000, la nivel mondial în s-a înregistrat o MI de 61 ‰, cu variații mari între continente și regiuni: în Europa (10‰) și America de Nord (7‰) s-au înregistrat nivele mici ale MI, în timp ce Africa (97‰) și Asia (60‰) au prezentat valori foarte ridicate ale MI. Nivele ridicate s-au înregistrat și în Oceania (29‰) și America Latină și Caraibe (36‰).

Tabel 6: Mortalitatea infantilă în diferite regiuni ale globului, înregistrată în perioada 1995-2000 (OMS)

Regiune/țară	Mortalitatea infantilă (‰) (1995-2000)
Mondial	61
Regiunile cele mai dezvoltate	8
Regiunile cel mai puțin dezvoltate	67
America de Nord	7
America Latină și Caraibe	36
Africa	97
Asia	60
Oceania	29
Europa	10
Europa de est	15
Europa de Nord	6
Europa de sud	8
Romania	20
Bulgaria	15
Ungaria	10
Moldova	20
Serbia și Muntenegru	15
Turcia	47
Rusia	17
Bosnia-Herțegovina	15
Franța	6
Germania	5
Italia	6
Iran	41
Irak	95
Rwanda	121
Somalia	133

Un raport al Consiliului Europei arată că pe continentul european MI a scăzut în ultimii ani, dar cu toate acestea variază între limite largi, de la 2,7‰ în Islanda la 39,4‰ o în Turcia. Majoritatea țărilor europene occidentale au MI <5‰, în timp ce majoritatea țărilor din Europa Centrală și de Est valorile sunt între 5-10‰ (Tabel 6). Comparativ cu perioada 1995-2000, în 2003 s-a constatat o scădere a MI per ansamblul țărilor europene, inclusiv în România, Turcia și țările din fosta URSS.

Cu valorile înregistrate în ultimii ani, România se situează printre țările cu o MI ridicată în Europa, alături de Federația Rusă, Moldova, Ucraina, Belarus și țările din zona Caucazului.

Cauzele Mortalității infantile în România:

- bolile aparatului respirator
- leziunile obstetricale, boala hemolitică a noului născut,
- anomaliiile congenitale
- bolile infecțioase și parazitare (enteritele și alte boli diareice, dizenteria, septicemiile)
- bolile aparatului digestiv
- boli ale sistemului nervos central (meningite)
- accidente, otrăviri, intoxicații

Factorii de risc de deces în primul an de viață sunt redați în Tabel 7:

Tabel 7: Factorii de risc de deces în primul an de viață

Factori de risc	Caracteristici
◆ Endogeni	- Vârstele extreme ale mamei (<18 și > 35 ani) - Rangurile extreme ale nașterii (prima și > a 4-a naștere) - Bolile mamei (diabet, TBC, sifilis) - Medicamente utilizate în sarcină - Carențe alimentare - Accidente obstetricale - Operația cezariană - Vârsta copilului - Sexul masculin - Greutatea copilului la naștere (prematuritatea și dismaturitatea)
◆ Exogeni	- Factori de mediu (radiații, temperaturi scăzute/excesiv de ridicate, bacterii, virusuri, substanțe chimice etc.) - Factori socio-economici: - Familie dezorganizată - Locuință insalubră - Educație precară a părinților

4. Mortalitatea copilului mic (*Child mortality*) (MCm)

Definiție:

Mortalitatea copilului mic reprezintă numărul deceselor la copiii cu vârsta sub 5 ani.

Se calculează raportînd decesele copiilor sub 5 ani la numărul populației 0 – 5 ani. Este corelată cu probabilitatea decesului la copiii mai mici de 5 ani, (riscul ca un copil să moară înainte de a 5-a aniversare).

Mortalitatea copilului mic # (Nr. Decese copii 0-5 ani/Nr. populației 0-5 ani) x 1000

MCm se calculează separat pentru sexul masculin și feminin.

Se constată valori mai mari la sexul masculin față de cel feminin, numai în câteva țări (Cipru 7/7, Spania 5/5, Italia 5/5, Luxemburg 5/5) constatîndu-se valori egale la cele 2 sexe. Valorile MCm confirmă existența unei supramortalități la sexul masculin, care se semnalează începînd cu primul an de viață și confirmată de mortalitatea generală și speranța de viață la naștere (durata medie de viață).

Se constată valori foarte ridicate înregistrate în unele țări din fosta URSS (Azerbadjan, Tadjikistan, Kyrgystan, Turkmenistan Armenia).

În Tabelul 8 sunt redate valorile Mortalității copilului sub 5 ani pe plan mondial, pe regiuni și țări.

Tabel 8: Mortalitatea copilului < 5 ani

Regiune/țară	Mortalitatea copilului < 5 ani (la 1000 nașteri) (1995-2000)	
	Masculin	Feminin
Mondial	79,6	79,4
Romania	22	19
Bulgaria	18	16
Ungaria	10	8
Moldova	31	23
Serbia și Muntenegru	17	13
Turcia	44	42
Rusia	21	16
Bosnia-Herțegovina	20	15
Franța	5	4
Germania	5	4
Italia	5	5
Iran	42	32
Irak	119	110

Cauzele mortalității copilului < 5 ani:

- boli infecțioase acute grave (infecții pulmonare, digestive, meningite, septicemii);
- neoplazii;
- accidente, traumatisme, intoxicații involuntare;
- malformații congenitale grave.

Măsuri pentru scăderea mortalității copilului**1) îmbunătățirea asistenței medico-sociale pentru femeia gravidă** necesită măsuri:

- a) de *ordin legislativ* – în sfera protecției sociale, a medicinei muncii, a concediilor medicale și prenatale, definirea clară a responsabilităților ce revin angajatorilor și serviciilor de asistență socială locale față de femeia gravidă, definirea clară a obligațiilor femeii gravide față de propria sănătate etc.
- b) de *ordin medical* – creșterea performanței asistenței medicale primare în acordarea îngrijirilor și urmărirea femeii gravide, dezvoltarea rețelei de asistență medicală de specialitate (obstetrică), creșterea accesibilității gravidelor la aceste servicii, promovarea de ghiduri de practică bazate pe dovezi științifice, destinate atât medicilor de familie cât și specialiștilor obstetricieni, formarea unui corp profesional înalt calificat de moașe;
- c) de *ordin social* – măsuri de ocrotire a femeii gravide prin programe cu finanțare guvernamentală și privată, dezvoltarea unui sistem de asistență socială calificat în această problemă, creșterea ajutoarelor financiare, sprijin acordat în situații particulare: gravide singure, gravide aflate în conflict marital, adolescente gravide etc.

2) optimizarea asistenței medico-sociale a copilului prin:

- a) *măsuri legislative*:
 - întărirea legislației privind ocrotirea copilului (măsuri de prevenire a maltratării, neglijării sau lipsei de ocrotire a copilului);
 - implicarea directă a autorităților statului în prevenirea și rezolvarea problemelor sus menționate;
 - definirea prin lege a obligațiilor părintești/tutoriale precum și a obligațiilor statului privind ocrotirea, sprijinirea și asistența multilaterală acordate copiilor;
- b) *măsuri medicale*:
 - creșterea performanței serviciilor primare de sănătate precum și a serviciilor specializate de neo-natologie și pediatrie;
 - dezvoltarea depistării precoce a anomaliilor congenitale, defectelor genetice, creșterea accesibilității gravidelor față de aceste investigații;
 - dezvoltarea de ghiduri de practică pentru îngrijirea sugarului și a copilului prescolar;
 - programe naționale de educație sanitară destinate familiilor cu copii;
 - încurajarea alăptării la sân;

- prevenția malnutritiei (distribuire de lapte praf la femeile care nu pot alăpta, de suplimente nutritive și vitamine pentru copii din medii defavorizate etc.);
 - întărirea sistemului de supraveghere epidemiologică și preventivă (vaccinări, imunizări, igienă prescolară, igienamediuului).
- c) *măsuri educaționale*: educația sanitară a femeii, instruirea părinților sau altor persoane adulte care au în grijă copii, sensibilizarea asupra situațiilor care pun în pericol sănătatea sau viața copilului etc.

5. Mortalitatea maternă

Definiție (OMS):

“Decesul unei femei în timpul sarcinii sau într-o perioadă de 42 zile după terminarea sa, oricare ar fi durata sau localizarea ei, prin orice cauză determinată sau agravată de sarcină sau de îngrijirile pe care le-a solicitat, dar nici accidentală, nici întâmplătoare”

Mortalitatea maternă se calculează raportînd numărul de decese mamă înregistrate într-o perioadă de timp definită (semestru, an, deceniu) la numărul total de nașteri (vii și morți) înregistrat în aceeași perioadă de timp.

În mod obișnuit, mortalitatea maternă se calculează la nivelul unui an.

Tabelul 9 arată nivelul mortalității materne înregistrat în diverse regiuni ale lumii (Sursa:OMS)

Tabel 9: Mortalitatea maternă (1995-2000)

Regiune	Mortalitatea maternă	
	Nr. Decese mamă	% (la 100.000 nașteri)
Mondial	529000	400
America Centrală și Caraibe	22000	190
Africa	251000	830
Asia	253000	330
Europa	1700	24
Bulgaria	20	32
Franța	120	17
Italia	25	5
Germania	55	8
Moldova	20	36
România	110	49
Serbia	15	11
Turcia	1000	70
Ukraina	140	35

Regiune	Mortalitatea maternă	
	Nr. Decese mamă	% (la 100.000 nașteri)
Ungaria	15	16
Marea Britanie	85	13
SUA	660	17
Iran	1200	76
Irak	2000	5

În perioada 1995-2000, nivelul mortalității materne în România a fost de 49 decese la 100000 nașteri (0,49‰), cu mult peste media europeană (0,24‰) și chiar față de țările învecinate.

În 2002, indicele de mortalitate maternă a fost de 0,22‰, numărul de decese-mamă fiind de 75.

Mortalitatea prin avort s-a menținut la valori mari, România ocupând, împreună cu Rusia și Letonia, primele 3 locuri.

Cauzele mortalității materne:

- cauze obstetricale directe* (generate de complicațiile obstetricale survenite în sarcină, naștere, lehoz, secundare intervențiilor medicale, omisiunilor sau tratamentului incorect); această categorie cuprinde inclusiv decesele prin avort. Exemple: hemoragii uterine, apoplexia utero-placentară, distocii severe, embolia amniotică, tromboflebita, septicemia postpartum/abortum etc.
- cauze obstetricale indirecte*, reprezentate de boli preexistente sarcinii sau aparute în cursul sarcinii (dar fără să fie determinate de cauzele obstetricale directe) și care au fost agravate prin efectele fiziologice ale sarcinii. Exemple: hipertensiunea arterială, insuficiența cardiacă cronică, diabetul zaharat, insuficiența renală cronică, astmul bronșic etc.

Consecințele mortalității materne:

- pierderea precoce de persoane tinere, cu efecte asupra natalității, sporului natural și duratei medii de viață;
- traume familiale majore
- risc sporit de instituționalizare a copiilor orfani

TEME

- Care este semnificația mortalității infantile crescute
- Ce domenii ar trebui vizate într-un posibil program național de scădere a mortalității materne

IV. Indicatorii de apreciere a stării de sănătate a populației

Starea de sănătate a unei colectivități umane se analizează apelînd la o sumă de indicatori care vizează diferite componente ale acesteia: gradul de sănătate fizică, psihică, reproducerea, confortul social și economic, relațiile inter-umane etc.

Evoluția umană are atât laturi pozitive, care țin de procesul de dezvoltare generală a organismului (atât fizic, psiho-afectiv cât și cognitiv) dar și negative, care țin de apariția suferinței, instalarea unei boli, handicap sau invalidități.

Se poate concluziona că analiza complexă a sănătății populației necesită evaluarea atât a indicatorilor “pozitivi” (natalitate, fertilitate, gradul de dezvoltare a organismului, perioadele din viață cu sănătate, dezvoltarea psihică și intelectuală a individului), cât și “negativi” (morbiditatea generală și specifică, invaliditatea și handicapul, mortalitatea generală, infantilă și maternă, avortul, sterilitatea etc).

Acești indicatori sunt analizați pe grupe de vîrstă și sexe, cauze, teritoriu, prin comparație cu indicatorii corespunzători de la nivel continental și mondial.

O parte din acești indicatori au fost analizați în cadrul acestui capitol (natalitatea, fertilitatea, avortul, morbiditatea și mortalitatea). În cele ce urmează, vor fi amintiți **alți indicatori** care vin să completeze caracteristicile stării de sănătate a unei populații.

1. Speranța de viață la naștere (durata medie de viață)

Definiție:

Speranța de viață la naștere (SVN) (durata medie de viață) (DMV) reprezintă durata medie prognozată a supraviețuirii unei persoane care ar fi supusă riscurilor de îmbolnăvire și deces evaluate pentru anul nașterii sale.

Speranța de viață la naștere este prognozată în fiecare an, valoarea acesteia avînd semnificație numai pentru generația născută în anul respectiv. Altfel spus, fiecare persoană are o speranță de supraviețuire după naștere stabilită în anul nașterii sale. Valorile prognozate ale SVN (DMV) calculate în anii care urmează nașterii persoanei respective nu pot fi valabile pentru aceasta, deoarece riscurile de deces variază de la an la an.

Tabel 10: Sperața de viață la naștere, în unele țări europene

Țara	Sperața de viață la naștere – masculin (ani)	Sperața de viață la naștere – feminin (ani)
Ungaria	68,4	76,8
Bulgaria	68,7	75,3
Romania	68	75
Serbia	69,7	74,9
Bosnia	69,3	76,4
Franța	75,9	83,5
Germania	75,6	86
Italia	76,8	82,5
Afganistan	41,9	43,4
Irak	59,1	63,1
Iran	66,5	71,7
Somalia	43	45,7
Rwanda	41,9	46,8

Se observă valori apropiate ale SVN în țări din Europa de Est și Balcani, în schimb există decalaje importante față de țările din Europa de Vest. Comparativ cu aceste valori, indicatorii SNV în țări din Asia și Africa se situează la nivele reduse semnificativ.

Aceste diferențe se explică atât prin decalajele în ceea ce privește dezvoltarea generală (Est versus Vestul Europei) cât și prin grave probleme sociale, politice și economice (exemplul țărilor citate din Orientul Mijlociu cât și din Africa).

Referitor la diferențele înregistrate la cele două sexe, cu o supravețuire medie mai mare pentru sexul feminin, pot exista mai multe explicații:

- configurația morbidității, specifică fiecărei grupe de sex; deși morbiditatea generală este mai mare la populația feminină, mortalitatea generală este mai redusă. Acest fapt nu reprezintă în mod obligatoriu un paradox, ci explică de ce femeile supravețuiesc mai mult decât bărbații: ele se prezintă mai des la medic, în acest fel „riscul” descoperirii precoce de noi boli este mai mare (morbidity ridicată); în acest fel, instituindu-se un tratament precoce, scad riscurile de apariție a complicațiilor și cresc șansele de vindecare.
- caracteristicile genetice, care par a proteja femeia față de dezvoltarea unor boli degenerative grave cât și față de complicațiile grave ale unor boli cronice cu evoluție îndelungată;
- adresabilitatea mai mare a populației feminine către serviciile medicale, conduita preventivă dovedită la această categorie populațională (rata mai scăzută a alcoolismului și tabagismului la femei, controale preventive mai dese);
- specificul profesiei la cele două sexe: bărbații sunt angrenați mult mai des în munci și profesii dificile, periculoase, generatoare de accidente de muncă,

intoxicații cronice sau boli profesionale (minerit, siderurgie, transporturi, poliție, serviciul militar etc.).

Se poate afirma că acest indicator reprezintă un bun reper de evaluare a nivelului general de dezvoltare a societății respective (nivel de trai, venituri, infrastructură, sistem medico-sanitar, legislație, educație și cultură).

2. Speranța de viață cu sănătate deplină (SVSD)

Definiție:

Speranța de viață la naștere cu sănătate deplină (SVNS) derivă din indicatorul Speranța de viață la naștere dar include ajustările corespunzătoare duratei de timp cu sănătate deteriorată.

Acest indicator măsoară numărul echivalent de ani cu sănătate deplină pe care un nou-născut I-ar putea trăi în condițiile expunerii la riscuri asociate mortalității și prevalenței îmbolnăvirilor caracteristice populației din care provine.

Tabel 11: Speranța de viață cu sănătate deplină

Țara	Speranța de viață cu sănătate deplină – masculin (ani)	Speranța de viață cu sanătate deplină – feminin (ani)
Ungaria	61,5	65,6
Bulgaria	62,5	66,3
Romania	61	65
Serbia	62,7	64,4
Bosnia	62,3	65,1
Franța	71	74,7
Germania	70	74
Italia	70,7	74,7

Se observă valori aproape egale ale acestui indicator atât pentru țările din Estul Europei, cât și pentru cele din Vest. De asemenea, decalajul înregistrat între cele două regiuni – la indicatorul SVN – se menține și în ceea ce privește speranța de viață cu sănătate deplină (9-10 ani diferență). Explicația trebuie căutată atât în ceea ce privește gradul de dezvoltare a serviciilor medicale din cele două regiuni, dar și diferențele privind nivelul de trai, calitatea serviciilor de medicina muncii, caracteristicile locurilor de muncă, și nu în ultimul rând, diferențele de educație referitoare la atitudinea persoanei față de propria sănătate.

3. Estimarea la naștere a anilor cu sănătate deplină pierduți (ASDP)

Definiție: acest indicator se calculează prin diferența între valoarea indicatorului SVN (speranța de viață la naștere) și SVSD (speranța de viață cu sănătate deplină), valoarea rezultată reprezentând estimarea numărului de ani cu sănătate deplină pierduți de către un individ care trăiește în condiții de risc care nu-I permit păstrarea unei stări complete de sănătate.

$$\text{ASDP} = \text{SVN} - \text{SVSD}$$

Tabel 12: Estimarea la naștere a anilor cu sănătate deplină pierduți de-a lungul vieții

Țara	Anii cu sănătate deplină pierduți – masculin (ani)	Anii cu sănătate deplină pierduți – feminin (ani)
Ungaria	6,9	8,6
Bulgaria	6,2	8,5
Romania	7	10
Serbia	7	10,1
Bosnia	7	10
Franța	6,6	8,8
Germania	5,9	7,6
Italia	6	7,8

Apar decalaje între țările care fac parte din Europa de Est (exemplu – Ungaria și Bulgaria versus Romania, Serbia și Bosnia). Valorile mai mari ale indicatorului, înregistrate la populația de sex feminin se explică prin speranța de viață la naștere, care este în mod constant mai ridicată la acest grup populațional, posibilele argumente fiind deja enumerate.

4. Proporția de persoane sănătoase

Unitatea statistică a indicatorului este **persoana considerată sănătoasă**.

Indicatorul raportează numărul de persoane sănătoase la 100 persoane examinate.

Modalitățile practice de evaluare a acestui indicator sunt:

- Anchetele medicale efectuate în populația unui teritoriu sau în unele colectivități: grădinițe, școli, unități militare, unități economice etc. (cuprinzând toată populația sau numai un eșantion). Aceste anchete se pot realiza retrospectiv (în urmă), transversal (la un moment dat) sau prospectiv (în evoluție).

- Examenele medicale realizate la grupuri populaționale specifice:
 - La copii, la intrarea în colectivități (creșe, grădinițe, școli)
 - La studenți
 - Cu ocazia încorporării pentru cadrele militare
 - La încadrarea în muncă
 - Cu ocazia căsătoriei
- controalele medicale periodice efectuate de către medicii de familie

5. Dezvoltarea fizică și neuro-psihică a copiilor și adolescenților

Semnifică o însumare a efectelor factorilor endogeni (ereditari) și exogeni (de mediu, social-economici) asupra sănătății acestei categorii populaționale. Nu în ultimul rând, reprezintă și o certificare a eficienței măsurilor preventive luate de-a lungul timpului (asistența mamei și copilului mic, programele naționale de combatere a unor boli la copii – rahitism, anemie, malnutriție etc.).

Se utilizează:

- indicatori somatometrici
- indicatori fiziometrici
- indicatori ai dezvoltării neuro-psihiice

Indicatorii somatometrici sunt: înălțimea (talie), greutatea corporală, circumferința toracelui, circumferința cutiei craniene, lungimea membrelor superioare și inferioare etc. Se urmărește constatarea unei proporții armonioase între diverse segmente ale corpului, gradul de dezvoltare a masei musculare, etc. Se pot face comparații cu indicatorii somatometrici la generațiile anterioare stabilindu-se evoluția, stagnarea sau involuția generației studiate la momentul respectiv.

Indicatorii fiziometrici (dezvoltarea funcțională):

- capacitatea respiratorie
- forța musculară
- frecvența cardiacă
- tensiunea arterială
- prima menstruație la fete (menarha)
- constante biologice sanguine și urinare

Acești indicatori sunt colectați cu ocazia controalelor medicale periodice, a anchetelor medicale în colectivități, pe eșantioane, pe vârste, pe sexe sau mediu de proveniență.

Indicatorii dezvoltării neuro-psihiice

- a) pentru copiii mici: vârsta la care începe să țină capul, la care stă în șezut, la care începe să articuleze primele cuvinte, primii pași, dezvoltarea echilibrului ortostatic etc.
- b) pentru copiii mari: teste de inteligență, personalitate, afectivitate, sinteză, analiză, observație, memorare etc.

6. Proportia de supraviețuitori la diferite vârste

Se referă la proporția persoanelor rămase în viață din numărul inițial de născuți dintr-o generație la diverse aniversări (la 5, a0, 20, 30 ani, etc).

Se analizează comparând cu rezultatele specifice altor generații și în contextul factorilor de risc de îmbolnăvire sau deces caracteristici generației respective.

TEME:

- Care sunt semnificațiile indicatorului “speranța de viață la naștere”
- Care sunt problemele medicale cu impact social major față de care ar trebui să se inițieze controale medicale periodice

Bibliografie

1. Virgil Șora, Ilie Hristache, C-tin Mihăescu, *Demografie și statistică socială*, București, Ed. Economică, 1996.
2. Vasile Miftode, *Fundamente ale asistenței sociale*, București, Ed. Eminescu, 1999.
3. Holt România, *Consilierea gravidei și a tinerilor mame*, Iași, Ed. Lumen, 2002.
4. Vasile Miftode, *Populații vulnerabile și fenomenul de auto-marginalizare*, Iași, Ed. Lumen, 2002.
5. Cătălin Zamfir, *Politici sociale în România*, București, Ed. Expert, 1999
6. Valeriu Rugină, *Curs de Medicină Socială*, 1986, Litografia UMF Iași.
7. Ancel PY, Lelong N, Papiernik E, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M, „History of Induced Abortion as a Risk Factor for Preterm Birth in European Countries: Results of the EUROPOP Survey”, *EUROPOP, Hum Reprod* 2004; 19:734-40 (Epub 2004 Jan 29).
8. Salihu HM, Shumpert MN, Slay M, Kirby RS, Alexander GR, „Childbearing Beyond Maternal Age 50 and Fetal Outcomes in the United States”, *Obstet Gynecol* 2003;102(5 Pt 1):1006-1014.
9. Weiss JL, Malone FD, Vidaver J, et al; Threatened Abortion: A Risk Factor for Poor Pregnancy Outcome, a Population-Based Screening Study, FASTER Consortium, *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:745-750.
10. Friese K, „The Role of Infection in Preterm Labour”, *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110 (Suppl 20): 52-54.
11. Burguet A, Kaminski M, Abraham-Lerat L, et al., „The Complex Relationship Between Smoking in Pregnancy and Very Preterm Delivery. Results of the EpiPAGE Study EPIPAGE Study Group”, *Br J Obstet Gynaecol* 2004;111:258-265.

12. Hedderson MM, Ferrara A, Sacks DA, „Gestational Diabetes Mellitus and Lesser Degrees of Pregnancy Hyperglycemia: Association With Increased Risk of Spontaneous Preterm Birth”, *Obstet Gynecol* 2003;102:850-856.
13. Ehrenberg HM, Dierker L, Milluzzi C, Mercer BM. Low Maternal Weight, „Failure to Thrive in Pregnancy, and Adverse Pregnancy Outcomes”, *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1726-1730.
14. Smith GC, Pell JP, Dobbie R, „Interpregnancy Interval and Risk of Preterm Birth and Neonatal Death: Retrospective Cohort Study”, *BMJ* 2003;327:313.
15. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J, „Effects of Domestic Violence on Preterm Birth and Low Birth Weight”, *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:455-460.
16. Moutquin JM, „Socio-Economic and Psychosocial Factors in the Management and Prevention of Preterm Labour”, *Br J Obstet Gynaecol*. 2003;110(Suppl 20):56-60.
17. Saurel-Cubizolles MJ, Zeitlin J, Lelong N, Papiernik E, Di Renzo GC, Breart G, „EUROPOP Group Employment, Working Conditions, and Preterm Birth: Results From the EUROPOP Case-Control Survey”, *J Epidemiol Community Health* 2004;58:395-401.
18. Lumley J, „Defining the Problem: the Epidemiology of Preterm Birth”, *Br J Obstet Gynaecol* 2003;110(Suppl 20):3-7.
19. Moutquin JM, „Classification and Heterogeneity of Preterm Birth”, *Br J Obstet Gynaecol* 2003;110(Suppl 20):30-33.
22. WHO Statistical Information System (WHOSIS).

V. Relația dintre dezvoltare și sănătate

Starea de sănătate a comunității este dependentă de o sumă de factori care pot fi grupați în 3 categorii:

- *factori de mediu* (externi)
- *factori interni* (care țin de individ)
- *factori socio-economici*

1. Factorii de mediu (externi)

– sunt factori puțin modificabili, ei reprezentând agenții fizici, chimici, biologici, climatici, geografici caracteristici mediului în care trăiește individul, care, acționând asupra acestuia, induce modificarea mai mult sau mai puțin vizibilă a principalilor parametri fiziologici și biochimici. Sub acțiunea lor are loc influențarea stării de sănătate a individului, cu ameliorarea sau degradarea stării fizice, psiho-afective și/sau social-profesionale a acestuia.

- a. *factorii fizici*: lumina, temperatura, presiunea atmosferică, radiațiile solare/cosmice.
- b. *factorii chimici*: totalitatea substanțelor chimice care intră în contact cu individul (ingerare, inhalare sau contact cu pielea și mucoasele).
- c. *factorii biologici*:
 - 1) microorganisme – virusuri, bacterii, paraziți, ciuperci;
 - 2) macroorganisme: animale, păsări, insecte, nevertebrate, flora sălbatecă și agricolă, etc. Factorii biologici sunt atât cauze cât și vectori ai bolilor infecto-contagioase, unele dintre acestea fiind probleme de maximă urgență pentru întreaga lume.
- d. *factorii climatici*: gradul de luminozitate solară, gradul de umiditate atmosferică, curenții de aer, variațiile de temperatură (între anotimpuri sau zi-noapte), fenomene meteorologice etc.
- e. *factorii geografici*: cursuri de apă, forme de relief, altitudine, zona continentală/litoral, munte/șes/deal.

2. Factorii interni

– sunt factori caracteristici individului; ei sunt prezenți din momentul concepției (factori genetici), în timpul sarcinii sau ulterior în decursul vieții individului. Sunt factori nemodificabili, iar influența lor asupra sănătății nu poate fi modificată decât în unele situații.

- a. *factori genetici (ereditatea)* – factorii genetici, împreună cu factorii de mediu, intervin în mod direct în dezvoltarea ființei umane, implicit în stabilirea unor caracteristici ale stării de sănătate. Zestrea genetică personală este stabilită în momentul concepției, prin participarea aceluiași număr de cromozomi (câte 23 – 22 autosomi și 1 cromozom sexual, X de la mamă și X sau Y de la tată) din partea ambilor părinți. Multe boli generale au probabil o determinare genetică mai mult sau mai puțin evidentă. În același timp, factorii de mediu pot interveni și schimba caracteristicile calitative ale produsului de concepție, în mod negativ în imensa majoritate. De exemplu, expunerea la radiații ionizante determină modificări calitative la nivelul genelor produsului de concepție care inițial avea o zestre genetică perfectă transmisă de părinți. Este împrejurarea cea mai obisnuită despre cum o structură genetică perfectă (favorabilă dezvoltării unui individ perfect sanatos) poate fi alterată ireversibil prin intervenție din exterior.
- b. *sexul*
- c. *constituția*
- d. *vârsta*

3. Factorii socio-economici

– caracterizează particularitățile comunității respective și își pune amprenta asupra evoluției sănătății membrilor ei de la naștere până la moarte. Sunt factori modificabili, depinzând de nivelul de dezvoltare generală a societății respective, dictată la rândul ei de trăsăturile politice, de orânduire socială, de politica economică și sanitară, culturală și educațională.

Un raport al OMS (2004) evaluează relația între dezvoltarea generală și situația socio-economică și politică pe de o parte și starea de sănătate la nivel global pe de altă parte.

Se consideră că anual milioane de oameni din păturile cele mai sărace mor din cauze care ar putea fi prevenite sau tratate (boli infecțioase cum ar fi SIDA, tuberculoza sau malaria, complicații ale sarcinii sau perinatale, boli infecto-contagioase la copii, boli determinate de tutun sau malnutriție).

De asemenea, mortalitatea la copiii mici < 5 ani a atins nivele foarte ridicate, majoritatea deceselor fiind determinate de boli care ar fi putut fi prevenite și tratate; în anul 2000, 11 milioane de copii sub 5 ani au decedat prin astfel de cauze, din care peste 8 milioane au fost copii sub 1 an (iar din aceștia, peste jumătate au murit în prima lună de viață). Majoritatea deceselor au fost produse de un număr mic de infecții, factorul predispozant fiind malnutriția (în 60% din decese). OMS apreciază că mortalitatea infantilă ridicată poate fi considerată un factor predictiv asupra falimentului unui stat, alături de lovitura de stat, războiul civil sau alte schimbări neconstituționale de regim politic. O soluție pentru reducerea mortalității infantile este de a scăde rata nașterilor și

de a impulsiona dezvoltarea economică generală. O altă concluzie a studiului OMS subliniază pericolul prezentat de pandemia HIV/SIDA, considerat a fi “o catastrofă de ne-egalat prin dimensiunea umană și implicațiile pentru dezvoltarea economică”. Se apreciază că în 2002 erau 42 milioane de oameni infectați cu HIV (virusul imunde-ficienței umane, responsabil de apariția SIDA), din care aproape $\frac{3}{4}$ în Africa subsahariană.

De asemenea, tuberculoza rezistentă la tratamentul antibiotic obișnuit devine o problemă din ce în ce mai dificil de rezolvat inclusiv în țările dezvoltate economic.

O altă problemă semnalată de raportul citat se referă la numărul mare de decese prin violență (accidente, războaie, calamități naturale sau sociale etc.) care reflectă accesul foarte scăzut al majorității populației din regiunile foarte sărace la serviciile medicinei de urgență. Morbiditatea și mortalitatea prin violență determină costuri economice și sociale enorme, reflectate prin pierderile de vieți, cheltuielile necesare pentru asistența medico-socială a supraviețuitorilor, recuperarea fizică și psihică a victimelor supraviețuitoare, impactul profund negativ asupra bugetelor familiilor respective.

Concluziile finale pentru starea prezentă s-ar putea rezuma astfel:

1. bolile dezechilibrează grav atât economia cât și întreg sistemul politic. Stabilitatea globală impune un efort la scară planetară de luptă contra bolii și de asigurare a accesibilității la nivel satisfăcător pentru servicii medicale a păturii celei mai sărace a populației mondiale.;
2. nu mai există frontiere sigure în calea răspândirii bolilor contagioase; pandemia HIV/SIDA este un astfel de exemplu, această boală afectând atât țările bogate cât și cele sărace, atât păturile bogate și cele sărace. Noile provocări reprezentate de SARS (sindromul respirator acut sever), febrele hemoragice (EBOLA, febra de West-Nile, Hassa) sau tuberculoza multi-rezistentă la tratamentul antibiotic nu reprezintă în momentul de față o patologie specifică numai unei regiuni geografice, ci, în contextul globalizării și al dezvoltării fără precedent a migrației umane și a transporturilor, tind să devină o amenințare mondială.
3. Mortalitatea infantilă are nivele foarte ridicate în țările slab dezvoltate economic; în aceste țări se semnalează și o rată foarte ridicată a natalității, fenomen considerat a fi o contrapondere la fenomenul mortalității infantile, a mortalității generale ridicate și a speranței la naștere reduse semnalate în aceste zone. Pe de altă parte, numărul foarte ridicat de născuți vii necesită eforturi financiare, logistice, de personal calificat pe care aceste societăți nu reușesc să le asigure. În plus, numărul mare de copii/familie reduce posibilitatea familiilor respective de a asigura resurse financiare de investit în sănătatea, educația și viitorul fiecărui copil.

Foarte interesante și – în același timp – îngrijorătoare – sunt prognozele pentru viitorul apropiat. Se apreciază că dezvoltarea cercetării, a științelor și tehnologiei

asociată cu punerea rezultatelor în slujba omenirii ar putea evita milioane de decese anual. Deja se semnalează progrese importante în ceea ce privește tratamentul SIDA și al complicațiilor acesteia, tuberculoza, infecțiile respiratorii, bolile cronice cardiovasculare și cerebro-vasculare, boala diareică și malarie. Punerea la punct a unui program mondial de luptă contra principalelor maladii care sunt responsabile de așa-numita mortalitate precoce ar putea evita 8 milioane de decese în fiecare an, până în anul 2010. Amânarea unei astfel de lupte ar perpetua însă problemele medicale și de sănătate publică ale generației actuale la generațiile viitoare. Specialiștii OMS accentuează în special pe importanța măsurilor de medicină preventivă comunitară, cum ar fi vaccinările, lupta contra vectorilor unor boli grave infecțioase, educația omului sănătos, combaterea poluării, măsuri care ar avea rezultate benefice în primul rând la nivel comunitar (nu numai un individ beneficiază, ci toți). De asemenea, investițiile în domeniul ocrotirii mamei și copilului, a sănătății reproducerii, pediatria și obsterica-ginecologia precum și întărirea rolului medicinei primare în aceste acțiuni, se impun a fi măsuri de prim impact în transformarea strategiilor în realitate.

Îmbunătățirea principalilor indicatori de sănătate presupune însă implicarea pe un front larg a unor resurse financiare, umane și manageriale uriașe, imposibile fără asigurarea unui trend al dezvoltării ridicat și fără schimbarea viziunii despre sănătatea comunitară a factorilor de conducere a comunității respective. Experții OMS aduc dovezi, de exemplu, că pentru creșterea cu numai 10% a speranței de viață la naștere (durata medie de viață) necesită o creștere economică de 0,3% – 0,4% pe an. Interesantă este și evaluarea beneficiilor pe viitor ale investițiilor în domeniul sănătății: o creștere a investițiilor cu 66 miliarde \$ anual (față de cheltuielile din prezent) ar aduce beneficii de cel puțin 360 miliarde \$/an. Jumătate din acest profit ar rezulta din câștigurile economice directe: populația va trăi mai mult, va avea o durată de viață cu sănătate deplină mai lungă, va fi capabilă să muncească mai mult. Beneficiile indirecte ar fi datorate creșterii și îmbunătățirii productivității individuale.

În ceea ce privește bugetul alocat per locuitor/an de către țările sărace, se apreciază că acesta ar trebui să fie de minim 30-40 \$ pe an pentru o persoană, sumă considerată a fi suficientă pentru acoperirea nevoilor de bază în domeniul asistenței medicale. În momentul de față se alocă în medie, pentru aceste regiuni defavorizate, numai 13 \$/locuitor/an, ceea ce este total insuficient. Chiar în perspectiva unei mobilizări de anvergură a fondurilor destinate sănătății, se consideră că nevoile pentru controlul unor proleme grave, amenințătoare (inclusiv pandemia SIDA) depășesc cu mult posibilitățile actuale, chiar în țările cu dezvoltare economică medie (dar care se confruntă cu astfel de probleme).

Un aspect important al asistenței medicale în țările defavorizate îl constituie rezolvarea problemei înregistrării și analizei datelor epidemiologice. Experții OMS consideră că investiția în acest sector ar putea favoriza evaluarea mai exactă a nevoilor generale de asistență medicală în aceste regiuni și găsirea unor soluții fiabile financiare și manageriale în această direcție. Nu în ultimul rând, se impune o creștere a accesibilității populației din regiunile defavorizate la medicamente moderne descoperite

în ultima perioadă, al căror preț este prohibitiv pentru majoritatea bolnavilor; la acest aspect se adaugă lipsa oricărei dezvoltări a industriei farmaceutice în aceste regiuni (unele țări importă până la 100% din necesarul de medicamente și materiale sanitare). O soluție ar fi încurajarea industriei farmaceutice pentru producția de generice, împreună cu suportarea unei părți importante a prețului de către țările dezvoltate, urmînd ca populația beneficiară să acopere doar costurile „marginale” ale acestor produse.

1. Bolile cardiovasculare

România ocupă locul I în Europa în ceea ce privește numărul de decese prin boli ale aparatului cardio-vascular. Mortalitatea specifică prin boli cardio-vasculare a fost, în 2003, de 670 decese la 100.000 locuitori, comparativ cu 240-250 decese la 100.000 locuitori în țările Uniunii Europene. Practic, bolile cardio-vasculare reprezintă aproape 60% din patologia întâlnită la populația din România, în comparație cu – de exemplu – 0,01% cât reprezintă tuberculoza, SIDA sau decesele 0-1 an. Bolile cardio-vasculare, împreună cu bolile cerebro-vasculare, determină cel mai mare număr de decese în România, țara noastră situîndu-se pe un nedorit loc I la nivel mondial. La barbatii între 45 – 74 ani, cea mai frecventă cauză de deces este reprezentată de patologia coronariană (conform datelor prezentate de American Heart Association).

Pe plan mondial, bolile cardiovasculare provoacă aproximativ 17 milioane decese, reprezentînd aproape 30% din totalul deceselor, conform statisticilor OMS pentru anul 2003. Din acestea, aproape 80% s-au înregistrat în țările cu dezvoltare slabă sau medie, și se prognozează ca pentru anul 2010, ele să constituie principala cauză de deces în aceste țări.

Prin incidența și prevalența crescute, prin numărul mare de decese produse și prin costurile imense necesitate de tratament și recuperarea supraviețuitorilor accidentelor cardiace și cerebrale (complicațiile cele mai de temut ale bolilor vasculare), precum și prin costurile derivate din medicația, urmărirea și asistența medicală de urgență impuse, bolile cardio- și cerebro-vasculare reprezintă o problemă majoră pentru întreaga lume.

Deși sunt considerate boli ale civilizației moderne, afecțiunile vasculare nu mai reprezintă de mult timp apanajul țărilor dezvoltate; în momentul actual, 86% din incidența totală se înregistrează în țările subdezvoltate sau mediu dezvoltate.

Principalele boli cardio-vasculare includ:

1. boala ischemică coronariană
2. accidentul vascular cerebral
3. hipertensiunea arterială
4. insuficiența cardiacă
5. arteriopatiile obliterante periferice
6. cardiopatia reumatismală

Cauzele care determină apariția acestei patologii derivă atât din caracteristicile individului (ereditate, constituție fizică, comportament, personalitate, sex, boli asociate) cât și din trăsăturile societății în care trăiește acesta (religie, tradiții, sistem socio-economic și politic, sistem educațional și cultural). Majoritatea factorilor de risc implicați în geneza bolilor cardiovasculare sunt modificabili, adică pot fi controlați, ameliorați sau chiar suprimați de către intervenția conștientă a individului.

Factorii de risc pentru bolile cardio-vasculare ar putea fi clasificați în 3 categorii:

I. factori de risc biologici:

- a. ereditatea*
- b. sexul*
- c. vârsta*
- d. creșterea tensiunii arteriale și boala hipertensivă
- e. supraponderalitatea și obezitatea
- f. nivel crescut al lipidelor în sânge (hiperlipidemii)
- g. diabetul zaharat

II. factori de risc comportamentali

- a. sedentarismul
- b. alimentația
- c. fumatul
- d. consumul de alcool
- e. stressul negativ prelungit
- f. supraîncărcarea activității profesionale și lipsa perioadelor de odihnă
- g. atitudinea față de propria sănătate și educația pentru sănătate

III. factori de risc ambientali/de mediu

- a. industrializarea*
- b. urbanizarea*
- c. dezvoltarea economică
- d. globalizarea pieței alimentare
- e. gradul de dezvoltare a serviciilor medicale, inclusiv adresabilitatea și accesibilitatea la servicii medicale
- f. tradițiile*
- g. modelul familial al vieții domestice

*) reprezintă factori de risc nemodificabili, independenți de intervenția individului

I. Factorii de risc biologici

Cuprind atât factori nemodificabili (ereditate, sexul, vârsta) cât și modificabili (HTA, hiperlipidemiile) cu condiția să fie desoperiți precoci. Diabetul zaharat poate fi considerat factor de risc nemodificabil în sensul că această boală odată apărută nu se

vindecă, dar complicațiile vasculare specifice acestei boli pot fi prevenite prin conduită terapeutică adecvată.

- **Ereditatea** – există un risc potențial ca un descendent al unei persoane cu BCV să dezvolte la rândul său o astfel de patologie. Antecedentele heredo-colaterale au propria lor semnificație în evaluarea unei persoane cardiace: existența unor boli cardiovasculare sau a unor accidente acute, dramatice la rudele de gradul I (IMA, accidente vasculare, moarte subită) modifică în sens negativ prognosticul la persoana în cauză. Este dovedită transmiterea ereditară a riscului în cazul HTA, aterosclerozei, sau malformațiilor cardiace. De asemenea, unele boli considerate ca fiind factori de risc majori pentru BCV (diabetul zaharat, dislipidemiile) au un determinism ereditar. Trebuie subliniate și caracteristicile rasiale: populația de culoare este mai predispusă la BCV și complicații acute ale acestora comparativ cu populația alba: HTA apare mai frecvent la negri (32%) față de albi (23%), de asemenea morbiditatea și mortalitatea sunt mai mari la această categorie. (Merck Manual p. 1655).
- **Sexul** – bărbații sunt mai predispuși la dezvoltarea BCV și mai ales a HTA și cardiopatiei ischemice acute (infarct miocardic acut, moarte subită sau aritmii cardiace severe). Această predispoziție se poate manifesta începând cu vârstele tinere; în România mortalitatea la tineri prin HTA și IMA este de 3-5 ori mai mare la sexul masculin față de sexul feminin (Tabel 1). Anomaliile congenitale cardio-vasculare reprezintă cauza cea mai frecventă a deceselor prin IMA la această categorie de vârstă (P. Godeau, *Traite de Medecine*, 1992). Femeile de vârstă fertilă (până la menopauză) sunt mai puțin vulnerabile față de BCV, datorită protecției asigurate de hormonii feminini (estrogeni și progesteron). Pe de altă parte există și alți factori care protejează femeia față de dezvoltarea precoce a unei suferințe cardiace: adresabilitatea mai mare la servicii medicale (comparativ cu bărbații), rata mai redusă a tabagismului și alcoolismului, alimentația săracă în lipide și glucide. După instalarea menopauzei, există o tendință de egalizare a morbidității și mortalității prin BCV la ambele sexe.
- **Vârsta** – BCV se manifestă, în marea majoritate a cazurilor, la vârsta adultă, însă procesele fizio-patologice și morfopatologice incriminate se instalează mult mai devreme. Sunt opinii care afirmă că procesul de aterogeneza (formarea plăcii de aterom pe peretele arterial) ar începe încă din primul an de viață, fiind influențat ulterior de regimul alimentar al copilului și adolescentului dar și de o anumită predispoziție ereditară. La vârsta adultului tânăr, pe lângă alimentația bogată în grăsimi, sare și glucide, intervin și tabagismul, alcoolismul, stresul socio-profesional și afectiv care augmentează procesele patologice determinante pentru BCV.

- **Nivelul lipidelor în sânge** – hiperlipidemia predispune la apariția și dezvoltarea aterosclerozei și implicit a BCV. Există corelații direct proporționale între nivelul constant crescut al grăsimilor în sânge și incidența/prevalența BCV și a complicațiilor acute ale acestora (IMA, angor pectoral). Nu toate grăsimile sunt periculoase pentru sistemul circulator: există o fracție a lipidelor, numită HDL (*high density lipoprotein*) („colesterol bun”) care are rol protector cardio-vascular, spre deosebire de alte fracții lipidice cum ar fi LDL (*low density lipoprotein*) („colesterolul rău”) sau trigliceridele care sunt implicate direct în procesul de aterogeneză și de producere a accidentelor acute vasculare (miocardice sau cerebrale). Nivelul colesterolului este determinat atât de factori ereditari cât și de mediu (alimentația are un rol important). Sunt studii care constată deteriorarea nivelului lipidelor (și în special a colesterolului) la persoane anterior sănătoase dar care au emigrat în zone cu prevalență ridicată a BCV și care au împrumutat multe din obiceiurile alimentare locale. Fumatul, sedentarismul și obezitatea sunt alți factori care perturbă echilibrul lipidic în sânge, favorizând scăderea „colesterolului bun” și creșterea nivelului de „colesterol rău”.
- **Creșterea tensiunii arteriale și boala hipertensivă.** Valorile constant crescute ale tensiunii arteriale determină în timp instalarea sindromului de hipertensiune arterială sistemică (HTA), o entitate patologică cu numeroase complicații la nivel vascular cardiac, cerebral și renal. HTA ne-depistată și netratată precoce reprezintă principala cauză a bolii ischemice cronice a inimii (cardiopatia ischemică cronică) complicată în special cu angina pectorală și infarctul de miocard, a insuficienței cardiace cronice și acute, a accidentelor cerebrovasculare (hemoragia cerebrală și accidentul ischemic cerebral) și a insuficienței renale cronice.
- **Obezitatea** – reprezintă un factor independent de risc pentru dezvoltarea BCV, în special a cardiopatiei ischemice și HTA. Se asociază frecvent cu hiperlipidemiile și cu diabetul zaharat de maturitate. Scăderea greutateii corporale reprezintă una din măsurile igienice esențiale pentru controlul valorilor tensionale, creșterea toleranței la efort și reducerea atacurilor de angină pectorală. În același timp, scăderea greutateii corporale reglează nivelul lipidelor în sânge și ține sub control valorile glicemiei la pacienții cu diabet zaharat. Obezitatea încheie un cerc vicios, reprezentat de hiperlipidemie, HTA cu angina pectorală și sedentarism; obezitatea determină scăderea toleranței la efort a persoanei, accentuând tendința la sedentarism; sedentarismul favorizează creșterea colesterolului „rau”, care la rândul său precipită crize anginoase frecvente. În acest sens trebuie subliniată necesitatea controlului greutateii corporale, ca măsură de bază pentru creșterea calității vieții persoanei și prevenirea unor complicații majore.

- **Diabetul zaharat (DZ)** – atât DZ insulino-dependent cât și cel non-insulino-dependent (clasificare care ține cont de necesitatea – sau nu – de a administra insulina pentru controlul valorilor glicemiei) reprezintă un factor major de risc pentru apariția unor boli grave cardio- și cerebro-vasculare, renale, nervoase și metabolice asociate.

În întreaga lume se constată creșterea alarmantă a diabetului de tip 2 (neinsulino-dependent): 150 de milioane de persoane sunt afectate, iar această cifră s-ar putea dubla până în 2005. Același lucru se poate spune pentru *stările prediabetice*, caracterizate prin creșterea toleranței la glucoză (glicemie anormală pe nemâncate), ca și pentru *sindromul metabolic*. Acest sindrom este de aproximativ 4 ori mai frecvent decât DZ tip I și asociază o obezitate centrală (obezitate de tip troncular cu creșterea circumferinței abdominale, o rată anormal de ridicată de lipide (îndeosebi a trigliceridelor) și hipertensiune arterială. Sindromul metabolic are drept origine excesul de grăsime, îndeosebi la nivelul abdomenului, larg favorizat de modul de viață sedentar și o alimentație inadecvată, la care se adaugă o anumită susceptibilitate genetică.

Datorită multiplelor complicații și a prognosticului cu totul rezervat, apariția DZ la o persoană a fost comparată în gravitate cu instalarea unui infarct miocardic la o persoană aparent sanatoasă.

II. Factorii de risc comportamentali

Departe de a reprezenta o fatalitate, factorii comportamentali pot fi depistați, înlăturați sau tratați, asigurându-se astfel un mod de viață sănătos, protectiv față de dezvoltarea BCV.

- **Fumatul** crește riscul cardio-vascular la persoanele predispuse. Fumatul determină vasoconstricție periferică și la nivelul arterelor cerebrale și miocardice accentuând ocluzia existentă dată de ateroscleroză. De asemenea, crește vâscozitatea sanguină, crește capacitatea de coagulare a sângelui, ceea ce favorizează apariția de trombi (cuiburi de celule figurate sanguine) în interiorul arterelor și producerea unei ocluzii și ischemie. Riscul de complicații cardio- și cerebro-vasculare este direct proporțional cu numărul de țigări fumate și cu vechimea tabagismului. De asemenea, fumatul pasiv este periculos pentru persoanele expuse. Actualmente, tabagismul este responsabil pentru 1/3 din totalul bolilor cardiovasculare, determinând 4 milioane de decese anual. Dacă rata tabagismului nu se va reduce în viitorul apropiat, el va determina aproximativ 10 milioane de decese anual.

În România se estimează că 21% din populația în vârstă de peste 15 ani fumează zilnic. Cea mai mare pondere o au persoanele între 25–54 ani; aproximativ jumătate din fumători au început să fumeze în tinerețe (la vârsta

de 15–24 ani), iar 50% din bărbații fumători au început fumatul până la vârsta de 19 ani. Se constată de asemenea creșterea prevalenței fumatului după 1989, de la 25,9% la 365 în 2000. Creșterea cea mai mare s-a observat la populația feminină, numărul femeilor fumatoare crescând de 1,2 ori față de 1989. Cei mai mulți fumători sunt înregistrați în mediul urban.

- **Alimentația** – alimentația modernă, bazată pe produse preparate industrial (conserve, cu amelioratori de gust, aspect etc.), bogată în grăsimi animale și glucide, constituie sursa principală a dereglărilor metabolice și vasculare aflate la originea BCV. Dietele sărace în fibre vegetale, vitamine, săruri minerale, produsele preparate termic, meniurile tip „fast-food” contribuie și ele la apariția multor boli în sfera cardiovasculară. Excesul de băuturi carbogazoase de tip cola au un aport caloric nejustificat care completează un tip de meniu cu totul nesănătos pentru organism. Nu în ultimul rând, cafeaua, în ciuda calităților ei în prevenirea unor boli degenerative nervoase, consumată în exces produce palpitații, creșterea ritmului cardiac și implicit creșterea nevoilor de oxigen ale inimii. Cafeaua asociată cu fumatul și consumul de alcool reprezintă un obicei care trebuie suprimat.

Consumul exagerat de alimente sărate (conserve, afumături, mezeluri, brânzeturi sărate) predispune la creșterea tensiunii arteriale și favorizează rezistența la tratamentul medical al HTA și insuficienței cardiace. De asemenea, lipsa unui orar al meselor, cu instituirea așa-numitei mese principale servite seara la întoarcerea de la lucru, constituie un factor favorizant pentru obezitate și diabet (factori majori de risc pentru BCV), precum și a unor complicații cardiace acute în cursul nopții.

- **Consumul de alcool.** Alcoolul, consumat în mod constant, este incriminat în apariția în timp a unor boli cardiovasculare redutabile (cardiomiopatia alcoolică, fibroza miocardică, tulburări ale ritmului cardiac). Deși sunt studii care demonstrează efectul benefic asupra sistemului circulator al consumului unor cantități mici de alcool, totuși riscurile unei astfel de conduite „preventive” depășesc eventualele beneficii. Este cunoscut în lumea medicală așa-numitul „paradox francez”; în Franța s-a constatat că, deși prevalența bolilor cardio-vasculare este asemănătoare cu cea înregistrată în alte țări europene, totuși mortalitatea cardio-vasculară este mai mică decât în țările comparate. Acest „paradox” a fost atribuit tradiției culinare franceze care include (nu în mod obligatoriu) consumul zilnic al unei cantități modice de alcool (mai ales vin roșu de calitate superioară). Acest consum zilnic ar scădea riscul apariției unor complicații acute miocardice (IMA sau angor pectoral) prin efectul coronaro-dilatator și fluidifiant sanguin al alcoolului conținut în vinul roșu. În plus, s-a constatat, la persoanele care consumă moderat acest tip de băutură alcoolică, o menținere a principalelor valori lipidice la nivele normale, și în plus, creșterea nivelului colesterolului „bun”.

Pe de altă parte însă, efectele distructive ale consumului de alcool (cronic sau acut) asupra sistemelor și țesuturilor (în special asupra mușchiului cardiac, a celulelor nervoase, ficatului și pancreasului, tubului digestiv) încarcă cu un risc major eventualele recomandări de „alcoholoterapie” în prevenția accidentelor cardiace majore. Altfel spus, riscurile consumului oricărei băuturi alcoolice depășesc cu mult beneficiile potențiale.

- **Sedentarismul.** S-a constatat că lipsa activității fizice regulate comportă un risc major de instalare și dezvoltare a BCV. Activitatea fizică, chiar cea obișnuită (mers pe jos, grădinărit, transportul unor greutăți mici) dar și cea educată în cadrul unor ore de antrenament (exerciții aerobice, mers pe bicicletă, înot, creșterea forței musculare prin utilizarea unor greutăți) are efecte benefice asupra circulației sanguine periferice și miocardice, prin menținerea unei irigații eficiente la aceste nivele, scăderea rezistenței periferice, consumul excesului de glucoză din sânge și limitarea nivelului lipidelor sanguine. În plus, exercițiul fizic este componenta de bază în terapia obezității (ajută la pierderea surplusului ponderal, alături de dieta hipocalorică).

- **Stressul.** Stresul psihic constituie sursa multor boli, inclusiv a unor boli CV grave. Sunt cunoscute cazuri de accidente coronariene acute grave (infarct miocardic sau moarte subită) survenite pe fondul unui stres psihic cronic/acut sever. Starea de încordare nervoasă, angoasa, spiritul de competiție constituie trăsăturile cele mai cunoscute ale “candidatului” la infarct. Unele profesii, prin stresul major pe care-l pot provoca în mod repetitiv, sunt cu un risc deosebit pentru persoanele suferinde de BCV sau pentru persoanele predispuse. Piloții de avioane, astronauții, marinarii, medicii, conducătorii auto și feroviar, polițiștii, personalul din serviciile de urgență, reprezintă categorii profesionale cu o mare încărcătură de stress.

Starea de stres produce o cascadă de fenomene fiziologice care însă, apărute brusc sau repetate frecvent în timp, pot avea rezultate dramatice asupra funcționării normale a aparatului circulator. În condiții de stres (pericol iminent, veste dramatică, trăiri emoționale intense și prelungite – concediere, șomaj, decesul unei rude apropiate), glandele endocrine secretă în exces adrenalina, care are numeroase acțiuni la nivel metabolic și al circulației: mobilizează depozitele de glicogen hepatic cu creșterea glicemiei, crește colesterolul sanguin, accelerează ritmul cardiac, crește necesarul de oxigen al inimii, crește tonusul muscular. Altfel spus, modificările fiziologice legate de stres au ca rol punerea organismului în stare de alarma totală, în special a sistemului circulator, muscular și nervos central, care devin astfel capabile de a înlătura pericolul, de a se apăra și de a găsi soluțiile pentru rezolvarea crizei. Existența unui „teren” vascular afectat deja, cu plăci ateromatoase, cu HTA sau sensibil la hipersimpaticotonie crește riscurile ca, în caz de stres cu hiperadrealinemie, adaptarea la noile cerințe metabolice și de oxigen să se

facă insuficient, precipitând apariția crizelor de HTA, angor pectoral, sau mai grav a ocluziei coronariene acute cu infarct miocardic. Hipersimpaticotonia concomitentă stării de stres poate precipita tulburări acute de conducere și ritm ale inimii, însoțite de alterări hemodinamice, unele foarte grave (șoc cardiogen, moarte subită).

- **Atitudinea față de propria sănătate.** Se înțelege prin aceasta atât conduitele adoptate de-a lungul vieții și care pot constitui ele însele riscuri pentru sănătate (alimentație greșită, alcoolism, tabagism, lipsa odihnei, spiritul de competiție) cât și adresabilitatea pe care o are individul pentru serviciile medicale preventive și curative. Această adresabilitate este rezultatul atât al educației pe care persoana a primit-o din familie, a modelului moștenit și asumat conștient de atitudine parentală față de serviciile medicale, cât și al informației oficiale oferite de sistemul de asistență sanitară, a politicii medicamentului, a cooperării și comunicării cu instituțiile medicale. Individul trebuie să fie format în ideea că el însuși este responsabil pentru propria sănătate și că reglementările privind medicina muncii și asigurările medicale îl obligă la o conduită preventivă. În momentul de față sistemul asigurărilor de sănătate din țara noastră este axat în principal pe finanțarea actului medical curativ și într-o măsură mai mică a activităților preventive. Există un dezechilibru între bugetul de cheltuieli pentru spitalizări, tehnici diagnostice și terapeutice de mare anvergură (dar și extrem de costisitoare pentru etapa actuală), medicamente, și bugetul de cheltuieli pentru programe de prevenție, educație sanitară a pacienților, informare medicală. Acest dezechilibru poate fi totuși explicat prin morbiditatea peste medie înregistrată la principalele boli cronice degenerative, a accidentelor, bolilor infecto-contagioase, a patologiei copilului și a femeii. De asemenea, prevalența ridicată a bolilor cronice la categoriile defavorizate de populație (vârstnici, pensionari) impune în acest moment cheltuieli mai mari în sfera medicinei curative.

III. Factorii de risc ambientali / de mediu

Autorul consideră că industrializarea, urbanizarea, gradul de dezvoltare economică, globalizarea pieței alimentare, nivelul de dezvoltare a serviciilor medicale, inclusiv accesibilitatea la servicii medicale, tradițiile și modelul familial al vieții domestice constituie factori care pot modifica în timp prevalența BVC.

În ceea ce privește factorii care țin de progresul social și economic (industrializarea, dezvoltarea urbană, nivelul tezaurului unei societăți/comunități), trebuie subliniat de la început că aceștia au un rol benefic în general asupra calității vieții individului. Pe de altă parte însă, există un revers materializat prin modificări ale ritmului vieții cotidiene, a circulației pe piața forței de muncă, a resurselor care trebuie

gestionate în spiritul legilor economice și echității sociale. Progresul social și economic presupune, pe lângă facilitățile de netăgăduit asigurate de averile acumulate, și rigori, reglementări din ce în ce mai precise, care trebuie respectate de toți. Un exemplu concludent îl constituie „perioada de tranziție” din țara noastră, în care societatea face eforturi de a trece de la un sistem social, economic și politic la altul, diametral opus. Această tranziție nu se poate finaliza fără o adaptare „din mers” la cerințele democrației și ale economiei de piață. Efortul de adaptare colectivă este perceput de mulți concetățeni ca pe o sursă acută și agresivă de stres.

Stresul de adaptare poate produce, la persoanele mai puțin antrenate în „managementul schimbării”, o serie de disfuncții, disconforturi materializate prin dezechilibre psiho-somatice, unele dintre cele mai preocupante. Se discută despre existența în România a așa-numitei patologii a „tranziției”, dominată de dereglările psiho-afective și bolile cardiovasculare.

Șomajul, pensiile și salariile mici, creșterea prețurilor și „scumpirea” generală a coșului zilnic constituie cauzele stresului psihic recepționat profund negativ de persoanele în cauză. Veniturile mici pun în imposibilitate persoanele suferinde să își asigure medicația modernă (dovedită a fi eficientă) care este însă în unele cazuri foarte costisitoare. La această stare de fapt se adaugă imposibilitatea practică a sistemului social de asigurări de sănătate să acopere măcar parțial aceste costuri, datorită presiunilor financiare multidirecționale la care este supus.

Date epidemiologice

Din cele aproximativ 17 milioane decese anual determinate de bolile vasculare, 7,2 milioane sunt produse de boala ischemică miocardică, 5,5 milioane de bolile cerebrovasculare și aproape 4 milioane de hipertensiunea arterială sau alte boli cardiace. În România mortalitatea prin boli cardiovasculare și cerebro-vasculare este prezentată în Tabelul 1.

Se observă o supramortalitate masculină la grupele de vârstă până la 74 ani; la grupele de vârstă >75 ani, mortalitatea este mai mare la sexul feminin, situație explicată prin durata medie de viață mai mare la această categorie de populație. La grupele de vârstă 30-44 ani, mortalitatea prin BCV la sexul masculin este de 3 ori mai mare față de sexul feminin, iar la grupele de vârstă 20-29 ani și 45-59 ani mortalitatea la bărbați este de 2-2,5 ori mai mare decât la femei.

Pe grupe de boli, insuficiența cardiacă (IC) determină cele mai multe decese (55474 decese la ambele sexe), urmată de infarctul miocardic (IMA) (21855 decese) și hipertensiunea arterială (HTA) cu 13414 decese. Bărbații mor mai frecvent ca urmare a complicațiilor acute ale HTA sau prin IMA; supramortalitatea feminină prin Insuficiența cardiacă s-ar putea explica prin faptul că această boală are evoluție îndelungată, afectând în special femeile după vârsta de 69 ani, coroborată fiind și cu numărul mai mare de

femei care supraviețuiesc după această limită (care reprezintă limita medie de supraviețuire la bărbați).

Referitor la sexul masculin, atrage atenția mortalitatea prin IMA la vârste tinere, comparativ cu femeile: de 3 ori mai mare la grupa 20-24 ani, de 4 ori mai mare la grupele 30-34 ani și 40-49 ani și de 5 ori mai mare la grupele 25-29 ani respectiv 35-39 ani.

Tabel 1: Mortalitatea specifică prin boli cardiovasculare (BCV) la sexul masculin și feminin (1998) (sursa: Buletinul informativ OMS)

	Mortalitatea specifica (decese la 100.000 locuitori)							
	Boli cardiovasculare		Hipertensiune arterială		Infarct miocardic acut		Insuficiență cardiacă	
	M	F	M	F	M	F	M	F
	525,81	366,03	35,11	32,92	92,03	38,75	165,5	128,04
Număr de decese pe grupe de vârstă și sex								
Grupa de vârstă	M	F	M	F	M	F	M	F
0-1 an	18	18	0	0	0	0	0	0
1- 4 ani	6	2	0	0	0	0	0	0
5-9 ani	4	6	0	0	0	0	2	0
10-14 ani	14	9	0	0	2	0	2	4
15-19 ani	29	28	0	0	2	1	5	8
20-24 ani	67	27	1	2	23	7	9	4
25 –29 ani	187	95	2	1	76	15	47	34
30 –34 ani	294	105	9	1	130	34	58	34
35 –39 ani	642	190	19	12	281	55	134	68
40 –44 ani	1595	526	56	23	662	150	364	181
45 –49 ani	2596	959	112	58	1015	249	643	389
50 –54 ani	3064	1352	124	95	1095	280	867	531
55 –59 ani	4967	2450	246	188	1473	518	1594	1010
60 –64 ani	8215	4792	483	414	1910	820	2892	1982
65 –69 ani	11112	8047	798	750	2122	1129	3945	3268
70 –74 ani	13969	13330	1079	1376	2019	1466	4970	5214
75 –79 ani	12418	16700	1000	1686	1371	1441	4282	6027
80 –84 ani	9077	14592	735	1399	731	874	2758	4642
> 85 ani	12559	22145	875	1870	736	874	3315	6191
Total	80833	85375	5539	7875	13648	8207	25887	29587

Acest tabou al morbidității argumentează ceea ce specialiștii semnalau de mai mult timp, și anume “întinerirea” populației afectată de BCV; faptul că, în prezent, pacienții tineri cu HTA sau IMA nu mai reprezintă niște cazuri neobișnuite, obligă

corpul medical în totalitate și specialiștii în medicină preventivă în mod particular să acorde o atenție mai mare descoperirii și cercetării și a altor factori de risc potențial a fi implicați în geneza BCV, în afara celor “consacrați” (ateroscleroza, hipercolesterolemia, creșterea valorilor tensiunii arteriale, diabetul zaharat). Factorii de mediu, alimentari sau comportamentali ar putea accelera procesul de deteriorare vasculară care stă la baza apariției BCV; de asemenea, stresul negativ, unele obiceiuri dăunătoare (fumat, alcool, droguri, auto-medicația), adresabilitatea precară la serviciile medicale sunt factori care, adăugați celor deja menționați, ar favoriza apariția precoce a mecanismelor fiziopatologice responsabile pentru disfuncțiile și leziunile în sfera cardio-vasculară.

Tabel 2: Mortalitatea specifică prin boli cerebro-vasculare în România

	Mortalitatea specifică prin boli cerebrovasculare (nr. Decese/100.000 locuitori)					
	Boli cerebro-vasculare		Hemoragia cerebrală		Accidentul ischemic cerebral	
	M	F	M	F	M	F
	165,5	128	27,17	20,75	,75	5,25
	Mortalitatea specifică pe grupe de vârstă și sex					
Grupa de vârstă	M	F	M	F	M	F
0-1 an	0	0	0	0	0	0
1- 4 ani	0	0	0	0	0	0
5-9 ani	2	0	2	0	0	0
10-14 ani	2	4	2	4	0	0
15-19 ani	5	8	5	8	0	0
20-24 ani	9	4	7	3	0	1
25 –29 ani	47	34	21	12	1	2
30 –34 ani	58	34	29	15	3	3
35 –39 ani	134	68	57	37	4	4
40 –44 ani	364	181	150	80	18	5
45 –49 ani	643	389	229	179	28	15
50 –54 ani	867	531	273	196	47	21
55 –59 ani	1594	1010	410	305	79	35
60 –64 ani	2892	1982	582	463	120	99
65 –69 ani	3945	3268	656	610	150	145
70 –74 ani	4970	5214	702	761	218	243
75 –79 ani	4282	6027	497	737	196	264
80 –84 ani	2758	4642	251	431	103	170
> 85 ani	3315	6191	237	454	95	205
Total	25887	29587	4110	4268	1062	1212

Se observă o supramortalitate a sexului feminin, atât per total (29587 decese/an la femei față de 25887 decese anual la bărbați), cât și specific pe tip de accident vascular. Atât în cazul hemoragiei cerebrale cât și al ischemiei cerebrale (infarctului cerebral), mortalitatea este mai mare la femei.

Această constatare generală trebuie însă analizată și prin compararea mortalității specifice pe grupe de vârstă. Se constată astfel o supramortalitate masculină la majoritatea grupelor de vârstă, particular a grupelor de vârstă activă (de la 20 ani până la 64 ani) precum și a vârstei de graniță coîncizînd cu perioada pensionării (64-69 ani). După această vârstă, raportul de inversează dominînd supramortalitatea feminină. Explicația constă probabil în numărul mai mare de femei care supraviețuiesc după vârsta de 69 ani, comparativ cu populația masculină (conform valorilor duratei medii de viață, care la bărbați se situează în jurul vârstei de 68 ani), mărindu-se proporțional riscul acestora de deces prin accidente vasculare cerebrale.

Mijloace de prevenție

Activitatea medicală și educațională preventivă la **nivel individual** trebuie să aibă ca obiective:

1. Reducerea cantității de lipide de origine animală (bogate în colesterol „rău”) cu lipide de origine vegetală sau de pește (bogate în grăsimi nesaturate, protectoare ale sistemului circulator).
2. Dieta bazată pe legume, fructe, cereale, nuci, pește, lactate dietetice;
3. reducerea consumului de sare și a glucidelor rafinate sau concentrate;
4. activitate zilnică regulată de minim 30 minute;
5. renunțarea la fumat;
6. controlul greutateii corporale;
7. ținerea sub control a valorilor glicemiei (glucoza din sânge), și a lipidelor (colesterolul și trigliceridele), precum și tratamentul eficient al diabetului zaharat instalat sau a hiperlipidemiilor;
8. adoptarea unui mod de viață profesională riguroasă, utilizarea programului zilnic, săptămânal, lunar pentru planificarea activităților.
9. Pregătirea pentru pensionare (incluzînd și asigurarea veniturilor necesare acestei perioade).

Pe **plan colectiv**, politica sanitară în acest domeniu se poate axa pe câteva direcții principale, și anume:

- a. **strategia terapeutică** destinată atât persoanelor cu factori de risc majori care nu au suferit o complicație acută amenințătoare (IMA, AVC) cât și persoanelor care au prezentat în trecut astfel de accidente și cărora trebuie să li se asigure accesibilitatea la mijloacele moderne de tratament. La ambele grupe, 3 categorii de medicamente sunt utile în acest moment (în asociere) și anume statinele și fibrații (pentru controlul hiperlipidemiilor și al procesului de

ateroscleroză coronariană și cerebrală), medicația antihipertensivă și aspirina (pentru menținerea fluidității sanguine și evitarea riscului de tromboză arterială). În acest sens, programe naționale pot fi utile în sensul creșterii accesibilității la această terapie a populației defavorizate care prezintă un risc major pentru complicațiile bolilor cardio și cerebro-vasculare. În România se derulează în prezent un astfel de program numit “Inimi pentru inimi”, sub patronajul Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prin intermediul căruia zeci de mii de suferinzi cardiaci au beneficiat de medicație modernă la costuri minime (s-a asigurat accesibilitate pentru toți pacienții care au beneficiat de aceste facilități).

b. **Promovarea unei politici nutriționale cu riscuri minime pentru sănătate.**

Caracterul “industrializat” al alimentației prezintă unele avantaje în aceea ce privește controlul calității produselor și a compoziției acestora. Industria alimentară poate oferi consumatorilor produse dietetice, cu conținut foarte redus în grăsimi animale, glucide, sare. De asemenea, implicarea producătorilor de alimente în programe de promovare a unui stil alimentar sănătos, facilitarea de către guvern, case de asigurări medicale și companii de asigurări generale a unei publicități și educații sanitare destinate publicului larg, implicarea sistemului primar de îngrijiri medicale în aceste activități preventive, pot avea efecte dintre cele mai benefice. Astfel de măsuri sunt deja luate în unele țări ale lumii. De exemplu, în Marea Britanie, un program guvernamental a promovat scăderea cantității de sare la mai mult de $\frac{1}{4}$ din totalul băuturilor și produselor alimentare. În Mauritius, guvernul a promovat reducerea grăsimilor saturate (periculoase) din compoziția uleiului de palmier sau soia. În Korea, s-a promovat intens reabilitarea bucătăriei tradiționale, a alimentelor locale, mai dietetice decât produsele sau bucătăria de import. Un program derulat în Japonia și care a avut ca mijloace de acțiune scăderea sării din alimentație coroborată cu aplicarea unei terapii antihipertensive optime a avut ca rezultat scăderea valorilor TA la populația țintă; rata accidentelor vasculare cerebrale a scăzut cu 70%. Rezultate foarte bune s-au obținut în Finlanda, mai precis în regiunea Karelia de Nord, caracterizată cu un deceniu în urmă printr-o rată foarte ridicată a bolilor cardiovasculare. Un program îmbinând educația pentru sănătate și alimentația rațională a avut rezultate spectaculoase, în momentul actual, această regiune având o rată a bolilor cardiace cu mult sub media continentală. Intervenții asemănătoare au fost semnalate și în Noua Zeelandă și Statele Unite ale Americii (date suplimentare pot fi obținute prin studierea site-ului WHO).

c. **Incurajarea educației fizice, a combaterii tabagismului și consumului excesiv de alcool.** Mișcarea fizică organizată, cu dozarea corespunzătoare a efortului depus, este benefică pentru sănătatea psihică și fizică a oricărei persoane, indiferent de vârstă. Educația fizică în unitățile de învățământ

trebuie să fie adaptată potențialului fizic mediu al copiilor și adolescenților și necesităților de dezvoltare armonioasă a organismului. Intervenția guvernamentală în acest domeniu poate fi benefică, cu atât mai mult cu cât fondurile necesare pentru dezvoltarea culturii fizice nu pot fi acoperite – cel puțin deocamdată – din alte fonduri decât cele publice. În ceea ce privește tabagismul, acesta continuă să facă milioane de victime anual; politica statului trebuie să fie de descurajare permanentă a acestui obicei, atât prin pârghii economice (accize crescute, combaterea contrabandei) cât și legislative (interzicerea publicității, interzicerea comercializării la minori) sau educaționale (programe de promovare a beneficiilor renunțării la fumat, educație generală pentru sanătate, încurajarea medicilor de familie și a pediatrilor de a se implica organizat în acțiuni de instruire și informare a tinerei generații și nu numai). Din păcate, deși s-au luat multe astfel de măsuri, rata tabagismului pe plan mondial și în România continuă să crească, deși în unele zone ale planetei, astfel de acțiuni susținute au avut succes (exemplu – S.U.A., unde rata consumatorilor de tutun a scăzut constant în ultimile decenii; foarte recent, Guvernul S.U.A. a declanșat un adevărat război împotriva marilor concerne producătoare de tutun). O problemă gravă și cu implicații dezastruoase în sănătate o constituie consumul de alcool. Și în acest caz, factorii decizionali ai societății trebuie să intervină prin mijloace economice, juridice, legislative și educațional-informațional pentru stăpânirea acestui fenomen. În România nu se cunoaște exact consumul de alcool anual, deoarece există încă o mare producție în gospodăriile particulare, care nu poate fi decât estimată, și care nu poate fi introdusă în evaluarea acestui fenomen. Pe lângă acest aspect de ordin statistic, producția particulară de băuturi alcoolice scapă controlului calității unor astfel de produse, cel mai adesea ele fiind de calitate inferioară, foarte dăunătoare sănătății. Din nefericire, inclusiv mass-media nu participă la efortul de educație pentru sănătate, tolerând o publicitate agresivă atât în jurnale cât mai ales, la televiziune.

La începutul mileniului 3, O.M.S. a demarat un program pentru monitorizarea și prevenția bolilor cardiovasculare. Principalele boli avute în vedere sunt HTA, boala coronariană, boala cerebrovasculară, bolile arterelor periferice, insuficiența cardiacă, cardita reumatică (reumatismul articular acut), bolile cardiace congenitale și cardiomiopatiile (boli care afectează direct mușchiul inimii). Acest program s-a bazat pe o serie de evidențe, dintre care se enumeră: 1) 1/3 din decesele la plan mondial în 1999 s-au datorat bolilor cardiovasculare; 2) țările subdezvoltate și cele cu dezvoltare medie au „generat” mai bine de 78% din nr. total de decese prin BCV; 3) estimarea că în 2010 în aceste țări BCV vor fi principala cauză de deces.

Se subliniază că în zonele sărace, pe lângă factorii de risc „tradiționali” cum ar fi tabagismul, sedentarismul și dieta alimentară nesănătoasă, au aparut noi factori de risc – greutatea scăzută la naștere, deficitul de acid folic și infecțiile apărând cel mai frecvent

la populația foarte săracă a planetei. În același timp, costurile pentru îngrijirile medicale sunt foarte ridicate, „deturnând” o mare parte din deja atât de săracele resurse destinate sănătății din aceste zone.

Din punct de vedere social, situația morbidității cardiovasculare din aceste zone defavorizate se răsfrânge dramatic și asupra structurii și funcționalității populaționale. Bolile cardiovasculare afectează în principal populația de vârstă medie, activă încă. Apariția și dezvoltarea BCV la această populație are drept consecință dislocarea din mediul muncii a unui procent important al forței de muncă, cu efecte economice dezastruoase asupra individului și a membrilor familiei sale.

Ca instrumente de lucru pentru scăderea prevalenței complicațiilor BCV în aceste zone defavorizate, programul OMS prevede: măsuri de scădere a factorilor de risc și a consecințelor economice și sociale determinate de acestea, dezvoltarea de standarde medicale axate pe raportul cost/eficiență în managementul BCV, acțiuni globale de creștere a capacității țărilor de a face față criteriilor de calitate în asistența BCV; supravegherea și evaluarea factorilor de risc și, nu în ultimul rând, dezvoltarea unor rețele intestatale, interregionale și globale de cooperare și control a acestor maladii.

2. Bolile pulmonare cronice

Bolile pulmonare cronice reprezintă o problemă importantă de sănătate publică, atât prin incidența și prevalența situate la cote înalte, cât și prin numărul mare de invalidități determinate. Bolile pulmonare cronice se situează pe locul al treilea drept cauză de deces (după bolile cardiovasculare și cancer).

Managementul general în bolile pulmonare cronice interferă adesea cu domeniul poluării atmosferice, noxelor industriale și tabagismului.

Cele mai frecvente și grave afecțiuni pulmonare cu evoluție cronică sunt reprezentate de boala obstructivă cronică pulmonară (BPOC) (*chronic obstructive pulmonary disease* – COPD), astmul bronșic și pneumoconiozele.

Boala pulmonară obstructivă cronică

Prevalența BPOC este evaluată la 7-8% din populație (circa 800000 persoane); se apreciază însă că această boală este subdiagnosticată, numai 35-40% din pacienți fiind în evidențele naționale.

În SUA prevalența BPOC în 1993 era cu 60% mai mare comparativ cu 1982, înregistrându-se la acea dată aproximativ 100000 decese (dublu față de 1979) (Mrk).

Se constată că prevalența, incidența și mortalitatea prin BPOC crește cu vârsta; de asemenea, renunțarea precoce la fumat scade prevalența și incidența, dar dacă acest factor este îndepărtat tardiv, mortalitatea nu este influențată dacă boala s-a instalat deja.

Bărbații sunt cel mai afectați de această patologie; cei mai expuși riscului sunt muncitorii necalificați care depun eforturi fizice grele în anumite profesii, mediul profesional poluat, fumatul.

BPOC este o boală invalidantă, în stadiile avansate manifestându-se printr-un sindrom de insuficiență respiratorie asociat cu suferința multi-organică (cerebrală, cardiacă, digestivă), decesul survenind de obicei printr-o complicație (infecție pulmonară, insuficiența cardiacă acută, hipoxie cerebrală cu stop cardio-respirator, pneumotorax). Managementul BPOC generează mari cheltuieli (circa 2000 miliarde lei – prin spitalizări, tratamente, invaliditate temporară sau permanentă etc.).

Cauzele BPOC sunt multiple. Se suspicionează atât o componentă genetică (predispoziție pentru dezvoltarea în timp a unei afecțiuni pulmonare ca parte a acestui sindrom de obstrucție pulmonară) cât și numeroși factori externi: fumatul (în primul rând), poluarea atmosferică, mediul de muncă, noxele industriale, infecțiile bronho-pulmonare repetate și tratate incorect).

Fumatul. În SUA, fumatul asociat cu vârsta adultă reprezintă riscuri cumulate pentru mai mult de 85% din cazurile de BPOC. Alterarea funcției respiratorii de către fumat a fost dovedită prin numeroase studii, fumătorii prezentând în plus mai frecvent simptome respiratorii supărătoare (tuse, expectorație trenantă, respirație dificilă). De asemenea, declinul parametrilor respiratori (explicabil prin înaintarea în vârstă) este mai accelerat la fumători comparativ cu nefumătorii.

Poluarea aerului. Deși este un factor important de risc, ponderea sa în deteriorarea funcției respiratorii este mai redusă decât implicarea fumatului. Poluarea poate avea mai multe surse: încălzirea încăperilor cu combustibil solid în asociere cu o ventilație nesatisfăcătoare, mediul de muncă poluat cu vapori sau pulberi (siliciu, praf), poluarea prin gazele de eșapament etc.

Astmul bronic

Reprezintă un sindrom care apare la persoane cu susceptibilitate genetică, caracterizat prin crize paroxistice de dispnee (respirație dificilă) reversibile spontan sau sub tratament.

Prevalența AB în populație este ridicată: în România se estimează că între 7 și 8 % din populație suferă de diverse forme clinice de astm (circa 1 milion de persoane); în SUA, 12 milioane de oameni au astm bronic; această boală reprezintă principala cauză de spitalizare a copiilor și de absenteism școlar.

Deși mijloacele terapeutice s-au dezvoltat și au devenit mult mai eficiente, totuși mortalitatea prin AB prezintă o creștere permanentă. Acest fapt se datorează în primul rând opțiunilor inadecvate de terapie și în doze ineficace, atitudini favorizate de evoluția

discontinuuă a astmului (perioade cu exacerbări urmate de perioade de ameliorare a simptomelor) care induce pacientului o falsă impresie de vindecare a bolii.

Implicațiile personale, profesionale și sociale oferă acestei boli cronice dimensiunile unei probleme majore de sănătate publică. În România nu se cunosc cu exactitate costurile pentru asistența medicală a pacienților astmatici; spre comparație, în SUA se cheltuie anual peste 2 miliarde \$ pentru spitalizarea acestor pacienți, iar cheltuielile totale pentru îngrijirea lor se ridică la peste 6 miliarde \$ anual.

Cauzele apariției AB:

- factori alergeni (polen, acarieni, pene)
- infecțiile virale
- utilizarea de medicamente antiinflamatorii nesteroidiene (aspirina)
- afecțiunile ORL (rinita, sinusita)

Factorii care favorizează declanșarea crizelor de astm sunt doar în parte cunoscuți: expunerea la cantități masive de alergeni sau poluanți, infecțiile acute ale căilor respiratorii, emoțiile, efortul fizic sau factori psihologici care determină reacții exteriorizate (râs, plâns, țipăt etc.).

Crizele de astm sunt grevate de o serie de complicații care pot amenința viața bolnavului: distrucția țesutului pulmonar cu apariția pneumotoraxului (acumulare de aer în cavitatea pleurală), a atelectaziei pulmonare (colabarea pulmonului, secundară distrucției de țesut pulmonar și pătrunderii aerului în cavitatea toracică), insuficiența cardiacă acută etc.

Pe termen lung, pacienții cu astm bronic prezintă o serie de deficiențe care le modifică rolul lor social și profesional:

- *handicap fizic*: astmaticii trebuie să-și limiteze mult activitatea fizică pentru a preveni declanșarea unei crize de astm; sportul este contraindicat la acești pacienți, cu excepția înotului sau a ciclismului.
- *handicap profesional*: pacienții cu astm trebuie să evite locuri de muncă cu risc pentru sănătatea lor (agricultură, sere, biblioteci, fabrici de produse chimice, industria medicamentelor, produselor biologice de uz uman sau veterinar, zootehnie, apicultură, locuri de muncă poluate etc);
- *handicap educațional*: astmul bronic determină prin exacerbările sale, absenteism școlar important;
- *handicap social*: pacienții cu astm se pot considera marginalizați în unele situații (profesional, educativ, sportive etc.) ceea ce impune o asistență psihologică și ocupațional-profesională.

Este evident că pentru un management de calitate al acestor pacienți este necesară intervenția unei echipe de profesioniști (medic de familie, medic pneumolog, psiholog, asistent social, jurist) care să identifice și să rezolve fiecare din problemele apărute.

Pneumopatiile ocupationale

Sunt afecțiuni legate direct de inhalarea unor substanțe prezente în mediul profesional (Merck Manual 2002).

Substanța incriminată poate fi de natură solidă, lichidă, gazoasă, solubilă sau insolubilă; sediul cantonării acestor substanțe este reprezentat de căile respiratorii superioare (nas, faringe) sau inferioare (alveole pulmonare).

Efectele penetrării și înmagazinării substanțelor din mediul profesional sunt multiple și de gravitate variabilă:

- rinite cronice
- cancer nazal
- cancer faringian
- cancer pulmonar sau pleural
- pneumoconioze (pneumopatii determinate de inhalarea și depozitarea substanțelor străine la nivel pulmonar)

Nu toate persoanele care sunt expuse acestor substanțe dezvoltă o boală profesională respiratorie. Riscul este variabil de la persoană la persoană, cele mai expuse având un deficit prealabil de epurare alveolo-bronsică a substanțelor străine inhalate.

3. Bolile digestive cronice

Aparatul digestiv are un rol esențial pentru dezvoltarea și viabilitatea organismului uman. Este alcătuit din tubul digestiv (format din cavitatea orală, faringe, esofag, stomac, intestin subțire și colon) și organele anexă, reprezentate de ficat, pancreas și vezicula biliară. La nivelul tubului digestiv alimentele ingerate sunt prelucrate pentru acțiunea de absorbție a nutrimenților, care se realizează tot la acest nivel. Ficatul și pancreasul intervin prin secrețiile exocrine în realizarea acestei funcții. În același timp, aceste două organe (care, departe de a fi doar „anexe” ale tubului digestiv), sunt esențiale pentru organism – ficatul are funcție de sinteză a unor enzime, elemente de structură, iar pancreasul intervine decisiv în metabolismul glucidelor, prin sinteza celor 2 hormoni care mențin echilibrul glucidic: insulina – cu rol hipoglicemiant, și glucagonul – cu rol hiperglicemiant.

Patologia aparatului digestiv este cunoscută, în mod tradițional, mai mult prin bolile acute infecțioase (boala diareică acută, parazitoze, hepatita acută), și mai puțin prin bolile sale cronice.

Bolile cronice digestive, reprezentate în mod special de boala ulceroasă, hepatopatiile cronice, colopatiile cronice, pancreatitele cronice, se detașează prin frecvența lor în populația generală, etiologia complexă și variată, influențarea calității vieții și

prognosticul de multe ori dramatic al unora dintre acestea. Unele îmbracă forme severe, necesitând spitalizări repetate și uneori intervenții chirurgicale. Caracterul cronic și invalidant generează un număr important de concedii medicale sau pensionări survenite la vârstele cele mai productive (se constituie într-o adevărată patologie a vârstelor active) și produc pierderi premature de vieți omenești (mortalitatea specifică ocupă, de exemplu, locul al 4-lea în cadrul mortalității generale în țara noastră).

Factori cauzali

Pentru cele 4 categorii mari de boli digestive cronice (ulcerul, hepatopatiile, colopatiile și pancreatitele) factorii cauzali sunt multipli; unii sunt comuni acestora, alții sunt specifici fiecărei categorii de boală, iar altele sunt consecința existenței anterioare a unei alte boli în sfera digestivă sau a altui organ (de exemplu, insuficiența cardiacă dreaptă se însoțește în timp de afectarea ficatului, cu apariția cirozei cardiace).

Factorii cauzali pot fi grupați:

- factori ereditari
- factori imunitari
- factori toxici
- factori infecțioși
- factori proveniți din mediul de viață sau profesional
- factori iatrogeni (medicamente, intervenții diagnostice sau terapeutice etc.).

Acești factori rareori acționează izolat; de cele mai multe ori, în patogeneza unei boli digestive cronice se întâlnesc mai mulți factori cauzali, acționând sinergic sau cumulativ.

Pentru **boala ulceroasă**, în prezent se apreciază că 2 factori sunt încriminați în producerea acesteia: infecția cronică cu *Helicobacter pylori* și utilizarea de antiinflamatorii nesteroidiene (aspirina, indometacin, diclofenac, fenilbutazona etc.) și chiar a obișnuitului paracetamol.

În cazul **gastritelor cronice**, în afara celor 2 factori menționați mai sus, se adaugă factorii fizici (iradierea și substanțele corozive), paraziți (nematode), alcoolul și fumatul. De asemenea există o corelare cu alte boli care favorizează apariția unei gastrite de însoțire (anemia prin deficit de vitamina B12, unele boli de sistem: sarcoidoza, amiloidoza, tuberculoza).

În producerea gastritelor și a ulcerului gastro-duodenal, s-au incriminat, ca factori favorizanți: ingestia de alimente fierbinți/reci, alimentele acide, picante, condimentele, prăjelile, afumăturile, consumul exagerat de legume sau fructe proaspete, dulciurile concentrate, aluaturile proaspete. Alcoolul poate produce și întreține suferința gastro-intestinală.

Enteropatiile cronice sunt determinate de o serie de factori cauzali sau favorizanți: greșeli alimentare, dieta vegetariană, parazitozele digestive cronice, intoleranța la glucide, inflamațiile cronice ale mucoasei intestinale, disfuncții pancreatice.

Hepatitele cronice sunt produse în special de infecția cronică cu virusuri hepatitice (B, C, D etc.), toxice (medicamente, toxice industriale), alcool etc.

Hepatita virală cronică

Există unanimitate de păreri că această patologie reprezintă un mare pericol pentru viața populației. Conform datelor anunțate de Institutul de Boli Infecțioase “Matei Balș”, incidența infecțiilor cu virus B și C în România a fost, în anul 2003, de 7% pentru virusul B și de 6,5–7% pentru virusul C. În comparație, în anul 1990, incidența a fost de 13% (pentru virusul B) și între 3,54–4% pentru virusul C.

Există diferențe prognostice în ceea ce privește evoluția în viitor a celor 2 tipuri de infecție hepatică virală. Dacă pentru virusul B, pentru care există deja un vaccin eficient, sunt sanse apreciabile de limitare a răspândirii acestuia, în ceea ce privește virusul C, situația rămâne preocupantă. Ca urmare a declanșării, în 1995, a vaccinării contra virusului hepatitic B, incidența acestei infecții a scăzut. În schimb, infecția cu virusul hepatitic C – greu de stăpânit, și în consecință, imposibil de sintetizat un vaccin eficace contra lui – prezintă o incidență din ce în ce mai mare (atât în România, cât și pe plan mondial).

Se consideră că din totalul celor infectați cu virus C, 80 % devin purtători și numai 20% se debarasează de virus (se vindecă). Din totalul purtătorilor, 60% dezvoltă o boală cronică de ficat, 40% evoluează către ciroză și 15-20% către cancerul hepatic. Calea de transmitere a acestei infecții este multiplă: contactul sexual (1-10%), utilizarea instrumentarului chirurgical sau cosmetic contaminat, preparate de sânge, contactul cu sânge contaminat etc. Persoanele expuse riscului contaminării sunt: rudele infectaților, personal medical, utilizatorii de droguri injectate, personalul de îngrijire din cămine-spital, aziluri, instituții pentru copii etc.

Multe hepatite apar în urma consumului unor medicamente (izoniazidă, nitrofurantoinul, acetaminofenul). În alte cazuri, mecanisme autoimune sunt incriminate (organismul atacă structurile hepatice prin anticorpi sintetizați contra acestora), iar în alte cazuri, etiologia rămâne necunoscută/

Ciroza hepatică. Se apreciază ca la populația între 45–65 ani, ciroza constituie a 3-a cauză de deces în țările industrializate (bupa bolile cardiovasculare și cancer). Majoritatea sunt secundare abuzului de alcool. În Africa și Asia, ciroza secundară infecției cronice cu virus hepatitic B constituie o cauză majoră de deces.

Cauzele cirozei: infecții cronice virale sau parazitare, expunerea la toxice, boli hepato-biliare (obstrucția căilor biliare prin malformații, calculi, tumori), boli cardiovasculare, metabolice (hemocromatoză, boala Wilson etc). Factori favorizanti sunt și diabetul zaharat sau malnutriția.

Factori din mediul de viață

Sunt multipli și asociați, participând la apariție și întreținerea bolilor digestive cronice.

Ritmul neregulat al alimentației (determinând dezordine în funcționarea tubului digestiv), stresul, consumul de alimente alterate sau netolerate, alimentele cu potențial alergen (unele fructe sau legume, condimente, amelioratori, coservanți), pregătirea culinară neadecvată, nesănătoasă (prăjeli, copturi, tocături, rântășuri), trecerea bruscă de

la un tip de alimentație la altul, excesul de băuturi alcoolice și cafeină, alimente la temperaturi neobișnuite pentru organism (prea calde sau prea reci), constituie elemente care întrețin bolile din sfera gastro-duodenală, enteritele, hepatitele, colopatiile cronice.

Tulburările psihice

Tulburările psihice se definesc prin existența unor tulburări de afectivitate și/sau comportament social.

Reprezintă o problemă importantă de sănătate publică, atât prin incidența și prevalența lor, cât și prin multiplele probleme sociale generate (handicap, pensionări precoc).

Tulburările psihice generează suferința individului și a familiei, dezinsertie socială și profesională, handicap psihic și intelectual. Se consideră că dezechilibrele psihice pot fi și la originea unor flageluri sociale cum ar fi alcoolismul, tabagismul, toxicomania și delincvența.

Se apreciază că în prezent 1/3 din internări sunt motivate prin tulburări mentale, iar peste 10% din oameni consumă regulat un medicament psihotrop (pentru stări depresive, angoasă, tulburări de somn).

Trebuie făcută o diferențiere între boala psihică și *retardul mintal*. Întârzierea mintală (retardul mintal) reprezintă existența unei capacități intelectuale (de memorare, înțelegere, analiză) reduse sub limita inferioară a normalului, cu origini în perioada copilăriei. Bolnavul psihic are un nivel de inteligență/intelectiv normal, deși prezența suferinței poate diminua performanțele acestuia.

Cauzele suferințelor psihice nu sunt pe deplin elucidate.

1. Un anumit *determinism genetic* a fost incriminat, fără a se aduce argumente solide în favoarea acestei supoziții. Există totuși date din literatura de specialitate care constată o anumită agregare a bolilor psihice în cadrul unor familii, fie la aceleași generații sau la generații succesive (părinți–copii–nepoți). Unele psihoze pot avea o cauză genetică.
2. Au fost incriminate de asemenea *tulburări biochimice* produse la nivelul sistemului nervos central, în special în cazul depresiilor.
3. Nu în ultimul rând, *factorii familiali, sociali, profesionali* pot fi incluși în rândul circumstanțelor favorizante sau cauzale pentru unele dezechilibre psihice. În psihiatrie sunt cunoscute depresiile reactive (apărute în urma unor evenimente nefericite, tragice din viața persoanei suferinde: decesul unei rude apropiate, divorțul, concedierea, falimentul, prizonieratul sau detenția etc.) sau manifestările nevrotice apărute pe fondul unei suferințe fizice (somatice).

Boala psihică trebuie abordată ca orice altă boală, fără a incrimina pacientul sau a-l cataloga într-un fel diferit de alți bolnavi. Pacientul cu probleme psihice beneficiază de terapie complexă, condusă de un specialist în domeniu. În rare situații persoana în cauză se poate re-echilibra prin proprie voință și educație, apelându-se la terapie; cel mai adesea însă, ea are nevoie de ajutorul societății și al medicilor. Lipsa intervenției

terapeutice poate conduce la consecințe dintre cele mai grave pentru pacient și anturaj: agravarea suferinței, decompensări frecvente, alterarea comportamentului cu apariția de conduite antisociale, degradarea continuă a statutului social și profesional etc. Trebuie subliniat că terapia crește șansele de recuperare și reinserție a pacientului psihic, cu condiția ca cel în cauză să respecte regulile de dispensarizare, de prevenție a recidivelor și prin abordarea unui mod de viață adecvat.

Categorii populaționale cu risc

Orice om poate dezvolta, de-a lungul vieții, o suferință psihică. Fiecare etapă a vieții prezintă factori care pot favoriza dezechilibre psiho-afective de intensitate și durată variabile.

Copiii și adolescenții sunt categorii vulnerabile la factorii nocivi din exterior (familiali, școlari, afectivi), putând dezvolta ușor diferite forme de suferință psihică. În special conflictele familiale, divorțul sau decesul unuia din părinți, modificările hormonale, a înfățișării, influența grupului, pot produce devieri comportamentale și de caracter la aceste vârste.

Adulții prezintă riscul de a dezvolta tulburări psihice, datorită presiunilor exercitate de responsabilitățile majore care le revin, problemele legate de profesie, de somaj, conflictele familiale, părăsirea căminului de către copii etc.

Vârstnicii sunt o categorie foarte expusă pentru această grupă de boli; factorii care favorizează această vulnerabilitate țin de modificările intervenite în structura familiei și a relațiilor familiale, în statutul profesional, dar și deteriorarea progresivă a funcțiilor organismului (pierderea treptată a autonomiei, a funcțiilor organelor de simț, a activității cerebrale).

Tabelul 2 rezumă factorii care favorizează tulburările mintale.

Tabel 2: Factori favorizanți pentru tulburările mintale

Categoria populațională	Factori favorizanți
<i>Copii și adolescenți</i>	- Probleme familiale: - disoluția familiei - un singur părinte (mama) - supraveghere rigidă - carențe educative: o educație prea „liberă”, absența imaginii tatălui sau o imagine devalorizată a acestuia - carențe afective: lipsa de comunicare cu părinții, abuz fizic sau sexual - Frica de viitor (frica de șomaj, de viața adultă) - Eșecul școlar, rigorile educației

Categoria populațională	Factori favorizanți
Adulți	• Singurătatea • Dificultăți financiare grave • Dinamica vieții profesionale și sociale • Lipsa perioadelor de recreere, concedii, petrecere a timpului liber • Condiții grele de lucru: presiunea ierarhică, responsabilități importante, munca slab remunerată • Climat de insatisfacție • Alcoolism, consum de droguri stupefiante • Învățarea în vârstă • Boli grave (cardiace, cancer, artropatii)
Vârstnici	• Îmbătrânirea • Scăderea autonomiei personale (deplasare, organe de simț) • Scăderea funcțiilor cognitive • Dificultăți financiare (creșterea cheltuielilor pentru boală, recuperare, proteze) • Relațiile cu familia: copii, consort • Văduvia

Clasificare:

- I. *Tulburările nevrotice*: corespund tulburărilor de comportament de care pacientul este conștient și le relatează la terți (inclusiv la medicul curant). Constituie exemple ale nevrozei – depresia persistentă, angoasa profundă și prelungită, senzația de rău general, comportamentul obsesional, tulburările relationale. La copil – se traduc prin tulburări de adaptare școlară și/sau tulburări de vorbire.
- II. *Tulburările psihotice*: sunt mult mai severe decât nevrozele, manifestându-se printr-o pierdere a contactului cu realitatea. Pacientul nu este conștient de boala sa, negînd chiar diagnosticul.
- III. *Tentativa de suicid și suicidul*. Considerat o suspendare acută a instinctului de conservare, suicidul survine în cele mai multe situații pe fondul unor probleme psihice cronice, mai mult sau mai puțin exteriorizate, sau ca reacție la o situație de criză față de care autorul nu găsește rezolvare.
- IV. *Tulburările mentale de origine organică*. Corespund unei atingeri a funcției cerebrale secundare unui traumatism, boli infecțioase (meningita, encefalita) sau maladii degenerative (boala Alzheimer). Pot apare și suferințe somatice, strâns legate de boala psihică (exemple: ulcerul peptic de stress, angorul pectoral etc.).

Probleme legate de tulburările mentale

1. Creșterea morbidității prin boli psihice

Se semnalează o creștere a numărului persoanelor care consultă serviciile medicale (medicina de familie, psihiatru) sau care se internează pentru o suferință psiho-afectivă care-i afectează viața familială sau profesională.

Se conturează câteva cerințe de dezvoltare a rețelei de asistență psihiatrică, cu accent pe serviciile preventive și curative de **pedo-psihiatrie** (orientate către asistența copilului și adolescentului cu probleme psihice) și respectiv **geronto-psihiatrie** (necesare având în vedere creșterea duratei medii de viață și implicit a incidenței/prevalenței bolilor psihice la această categorie de vârstă).

2. Creșterea consumului de medicamente psihotrope

Datorită stresului cotidian și altor factori citați anterior și care au adesea o acțiune convergentă, multe persoane apelează frecvent la medicamente cu acțiune pe sistemul nervos central. Se înregistrează o creștere continuă a cererii de medicamente psihotrope, implicit a consumului. Această stare de fapt ridică numeroase probleme care țin atât de efectele secundare serioase ale acestor medicamente cât și de costul foarte ridicat al unei astfel de terapii.

Chimioterapia psihiatrică s-a dezvoltat foarte mult în ultimile decenii, descoperându-se agenți chimioterapici destinați unei palete largi de suferințe psihice:

- antidepresivele (pentru nevroze depresive)
- anxiolitice (pentru stările de angoasă, anxietate, atacuri de panică)
- somnifere pentru tulburări de somn
- neurolepticele (pentru stările de agitație sau delir).

O problemă importantă o reprezintă accesul la aceste medicamente. Având în vedere domeniul limitat de utilizare a acestora, este de preferat ca terapia să fie inițiată și condusă sub control strict de specialitate. În plus, unele dintre aceste medicamente pot avea efecte paradoxale, accentuând starea pentru care au fost prescrise (unele antidepresive pot accentua starea de depresie, producând chiar tendințe suicidare).

3. Suicidul

În România, în anul 2002, sinuciderile au reprezentat 31% din totalul morților violente, respectiv 3486 decese, conform datelor furnizate de Rețeaua de Medicină Legală.

Rata sinuciderilor este mare la persoanele între 15-25 ani și >55 ani. La categoria 15-25 ani, moartea produsă prin suicid a reprezentat a doua cauză de deces, după accidente.

Se constată că rata suicidului este mai ridicată la celibatari, bărbați, categorii socio-profesionale defavorizate.

4. *Impactul social important*

Bolile psihice determină:

- costuri importante pentru bugetul asigurărilor de sănătate (consultații medicale, spitalizări, tratament în ambulatoriu) și al asigurărilor sociale (indemnizații de concedii medicale, pensionări înainte de termen, invaliditate, costurile reinserției sociale).
- necesitatea finanțării unui dispozitiv specializat extins și diferențiat (pe categorii de vârstă, cauze, probleme sociale) și a unui personal numeros;
- costuri ridicate prin efecte colaterale: accidente de circulație, domestice sau de muncă determinate de efectele secundare ale medicației psihotrope sau de lipsa tratamentului.

5. *Asocierea cu atitudini antisociale*

Unele tulburări psihice sunt strâns legate de adoptarea unui comportament antisocial. Se pot enumera asocierile cu alcoolismul, consumul de droguri, violență, generarea de accidente sau fapte premeditate, omucideri, violuri etc.

Subliniem că nu putem generaliza aceste aspecte la totalitatea suferinșilor psihici, dar această asociere există și trebuie amintită.

4. Cancerul

Cancerul reprezintă una din cele mai redutabile boli cunoscute în medicina modernă. Această boală afectează aproape orice organ sau țesut al organismului uman, fundamentul morfoopatologic constituindu-se în înmulțirea fără control a celulelor, care capătă caractere anormale, pierzându-și în același timp funcția lor inițială. Se produce în timp o înlocuire a țesutului normal, funcțional, cu un conglomerat de celule atipice, afuncționale și cu înmulțire accelerată, cunoscut sub denumirea generică de *tumoră*. Procesul patologic evoluează inițial local, în interiorul organului afectat, ulterior producându-se fenomenul de *metastazare*, adică de dispersie și localizare a celulelor canceroase în tot organismul. Tumora canceroasă (**malignă**) trebuie diferențiată de tumora **benignă**, care – deși reprezintă tot o proliferare anormală a celulelor – nu are evoluția agresivă a tumorii maligne și nu determină metastazare, având, în consecință, o evoluție mult mai puțin periculoasă.

În prezent noțiunea de cancer este utilizată pentru mai mult de 100 maladii, incluzând tumori maligne localizate în diferite țesuturi și organe, cum ar fi sânul, creierul, stomacul, colonul, plămânul, pielea, cavitatea bucală, organele genitale, sistemul osos, ficatul și pancreasul. Tot în cadrul bolilor maligne sunt incluse proliferările maligne ale celulelor figurate ale sângelui (leucemii) precum și transformările maligne ale celulelor sistemului limfatic (sarcoame, limfom malign Hodgkin sau non-Hodgkin).

Factori determinanți. Factori de risc

Boala apare în principal ca urmare a expunerii îndelungate la agenți carcinogenici din mediul extern (înhalati, ingerați sau aflați în contact prelungit și repetat cu pielea și mucoasele), sau ca urmare a unei predispoziții genetice (există boli maligne a caror determinare genetică este dovedită, de exemplu cancerul mamar și genital la femei).

Factorii genetici

Creșterea și proliferarea celulelor maligne pot fi favorizate de anomaliile (mutațiile) genice. Există o serie de gene care prin activitatea lor pot induce apariția de celule anormale cu evoluție și înmulțire rapidă. Aceste gene sunt cunoscute ca **oncogene** (forme anormale ale genelor care reglează creșterea celulară). Alte gene au rol în suprimarea dezvoltării tumorale (**gene supresoare tumorale**). Disfuncția sau anomaliile apărute la aceste gene favorizează scoaterea de sub control a proliferării tumorale și în consecință potențează dezvoltarea tumorii.

Anomaliile cromozomale se întâlnesc în unele cancere umane (unele leucemii, limfoame, tumori solide ale plămânului, uterului, rinichilor, testicol, țesut nervos, osos). De exemplu, în leucemia mieloidă cronică, se poate identifica un cromozom anormal – cromozomul Philadelphia.

Se apreciază că existența anomaliilor cromozomale, în cazul unui cancer, modifică în mod negativ prognosticul bolii. O tumoră canceroasă la care nu se identifică anomalii cromozomale are o evoluție mai favorabilă decât în cazul co-existenței defectelor genetice.

Factorii de mediu**I. Agenții infecțioși**

- a) Virusurile.** Unele virusuri sunt incriminate în producere unor neoplazii la om. Se pot enumera papilomavirusurile umane (incriminate în apariția cancerului de col uterin), citomegalovirusul (sarcomul Kaposi), virusul Epstein-Barr (incriminat în producerea unei infecții acute de tip viroză respiratorie – mononucleoza infecțioasă – dar și în producerea unor limfoame – neoplazii ale sistemului limfo-ganglionar – și cancer nazofaringian). Virusul hepatitei B poate fi la originea cancerului hepatic. Retrovirusurile umane (din care face parte și virusul HIV – răspunzător de apariția SIDA) pot determina limfoame sau leucemii (“leucemia cu celule păroase”). De asemenea, bolnavii cu SIDA pot dezvolta în decursul acestei boli diverse forme de cancere (ex. Sarcomul Kaposi sau limfoame) produse de infecții virale.

- b) Bacteriile.** Deși nu sunt dovezi ferme, se pare că *Helicobacter pylori*, bacteria cauzatoare a ulcerului gastro-duodenal, ar putea fi incriminată în apariția, la pacienții cu gastrită cronică, a unor forme de cancer gastric.
- c) Paraziți.** Sunt puține date științifice care să incrimineze implicarea paraziților în apariția unor cancere la specia umană. Sunt citate *Schistosoma hamatobium*, care produce o cistită cronică cu inflamație și fibroză, asociată în timp cu neoplasmul de vezică urinară, și *Opisthorchis sinensis*, asociată cu cancerul de pancreas și de căi biliare.

II. Agenții chimici

Agenții chimici cu potențial carcinogenic pot acționa izolat sau asociați (mai multi agenți în același timp). Riscul de apariție a cancerului, după expunerea la agenți chimici periculoși, depinde însă de timpul de expunere (risc direct proporțional cu durata expunerii), vârsta, statusul endocrin, starea sistemului imunologic, tipul de alimentație, alți factori predispozanți (alcoolism, tabagism, alte boli subiacente).

Multitudinea de agenți chimici carcinogeni determină cancere cu localizare diferită. Astfel, cancerul pulmonar poate apare în urma expunerii la vopseluri, gaze de eșapament, fibre minerale, nichel, asbest și arsenic. O diversitate etiologică prezintă și cancerul cutanat (expunere la funingine, uleiuri minerale, arsenic) și cancerele din sfera ORL (nichel, formaldehidă). Benzenul este incriminat în apariția leucemiei, clorul – în unele forme de leucemie precum și în aplazia medulară iar clorura de vinil în cancerul hepatic.

Trebuie amintită și acțiunea potențial neoplazică a unor medicamente. De exemplu, dietilstilbestrolul predispune la cancer hepatic sau cancer vaginal, unele preparate estrogenice sunt incriminate în dezvoltarea cancerului mamar la femeie, preparatele cu testosteron – în cancerul de prostată (la bărbați), unii agenți alchilanti – în apariția leucemiei etc.

III. Agenții fizici

Radiațiile ultraviolete (RUV) componente ale radiațiilor solare, sunt bine cunoscute în geneza cancerului cutanat.

Radiațiile ionizante (rezultate din activitățile centralelor nucleare, laboratoarelor de cercetare, extracțiilor miniere, serviciilor de radio-terapie sau explorare radiologică medicală, ori în urma unor experimente militare cu armament nuclear), au, de asemenea, potențial cancerigen. Istoria oferă exemple numeroase care vin în sprijinul acestor afirmații. Supraviețuitorii de la Hiroshima și Nagasaki, populația expusă norului radioactiv degajat în urma accidentelor de la centralele nucleare din Three Mile Island (1979, Pennsylvania – SUA) sau Cernobîl (1986, Ucraina) populațiile din zonele limitrofe teritoriilor unde se efectuează experiențe militare cu arme nucleare, etc. au prezentat – și mai prezintă – o incidență a bolilor canceroase mult mai mare decât alte

populații. În medicină este cunoscută așa-numita “boală acută de iradiere”, caracterizată prin manifestări cerebrale, digestive și sanguine.

Efectele la distanță ale expunerii la doze mari de radiații constau și în apariția unor forme de cancer: leucemia, cancerul tiroidian, cutanat sau osos.

Traumatismele pielii și mucoaselor. Irritația cronică a pielii determină apariția unei dermatite cronice, și rar a unui cancer cutanat. Traumatizarea cronică a mucoasei bucale sau linguale (dentiție deficitară, substanțe iritante, fumul de țigară sau alcoolul concentrat) predispune la dezvoltarea unui cancer în această regiune.

Modul de viață. Consumul de alcool predispune la cancere ale tubului digestiv (bucal, esofagian și gastric) iar fumatul – cancer cerebral, cancer oro-faringian, pulmonar, esofagian și al vezicii urinare.

Alimentația săracă în fibre alimentare vegetale predispune la neoplazii ale colonului, iar alimentația bogată în grăsimi animale – la cancer al sânului.

Fumatul este responsabil de aproape 30% din totalul deceselor prin cancer. De asemenea, supraponderalitatea și obezitatea constituie factori de risc pentru cancer. Se consideră că alimentația bogată în fructe, legume poate reduce riscul de cancer, iar cea bogată în carne conservată sau carne roșie ar crește acest risc.

Experții OMS consideră că modificările în dietă precum și intensificarea exercițiilor fizice ar fi factori protectori față de această maladie.

Boli interne cu potențial carcinogenic

Pacienții cu deficite imunologice (prin medicație imunosupresoare sau prin infecție HIV) au un risc foarte ridicat de dezvoltare a unor boli neoplazice (limfoame, sarcom Kaposi). De asemenea, pacienții cu boli auto-imune (lupus eritematos sistemic, poliartrita reumatoidă, sindromul Sjogren) au risc ridicat pentru apariția unor plasmocitoame.

Unele boli interne constituie adevărate “anticamere” ale cancerului sau stări precanceroase. Gastrita atrofică cu hipoclorhidrie și infecție cu *H. Pylori* poate evolua în timp către un cancer gastric. Ciroza hepatică cu virus B sau C se poate transforma în cancer hepatic. O stomatită cronică traumatică sau iritativă poate degenera în cancer al cavității orale. Nevii pigmentari melanocitari (alunițele) se pot transforma în cazul expunerii la raze ultraviolete sau traumatisme, în cancer cutanat (melanom malign). Se cunosc de asemenea o serie de sindroame sau simptome care sunt asociate frecvent cu o neoplazie încă nedepistată. Acestea sunt **sindroamele paraneoplazice**, a caror identificare poate orienta medicul către o posibilă maladie neoplazică subterană.

O hipoglicemie matinală repetată sau un sindrom diareic persistent poate sugera un cancer de pancreas (insulinom), o hipertensiune arterială neexplicată de vârstă, antecedente sau factori de risc poate atrage atenția asupra unei tumori de glandă suprarenală. De asemenea, anemia, unele manifestări nervoase (miastenia, unele neuropatii periferice, degenerescența corticală subacută), febra neexplicată de alte cauze,

osteopatia hipertrofică, unele manifestări dermatologice se pot constitui de asemenea în sindroame paraneoplazice.

Date epidemiologice generale

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, cancerul provoacă anual peste 7 milioane de decese (12,5% din totalul deceselor). Aproape 20 milioane de oameni suferă de cancer, prognozându-se o creștere a numărului acestora în următorii 20 ani, până la 30 milioane de cazuri.

Anual sunt diagnosticate 10 milioane de cazuri noi; se apreciază că incidența va crește până în anul 2020 la 15 milioane de cazuri noi/an.

Aproape 60% din pacienții cu neoplazii provin din țările în curs de dezvoltare sau țările sărace.

Se consideră că aproximativ 1/3 din totalul cazurilor noi diagnosticate anual ar putea fi prevenite.

Referitor la organele afectate primar de acest proces, OMS semnalează o creștere a cancerelor digestive (de colon și rect), cancerul de sân și prostată, în timp ce se constată o incidență din ce în ce mai scăzută a cancerului gastric.

Există o corelație între incidența cancerului și statutul socio-economic: o incidență crescută la clasele sociale cele mai defavorizate și cu o educație precară. De asemenea, rata supraviețuirii este mai scăzută la aceste categorii de persoane.

Metode de prevenție

Sunt semnalate corelații și cu tipul de dietă alimentară sau cu gradul de solicitare fizică. Obezitatea ar fi asociată cu o creștere a incidenței cancerului esofagian, colorectal, de sân, uter sau rinichi. O dieta bogată în fructe ar avea rol protector față de riscul unui cancer oral, esofagian, gastric sau colorectal. De asemenea, controlul greutateii corporale și evitarea regimului alimentar bogat în grăsimi animale și glucide pot constitui mijloace eficiente dovedite pentru scăderea riscului apariției cancerului.

Exercițiile fizice regulate ar reduce riscul de cancer de sân sau colorectal. În schimb, consumul regulat de alcool ar mări riscul de apariție a cancerului cavității orale, laringelui, ficatului și sânelui.

Conduita preventivă trebuie să conțină și renunțarea la fumat, evitarea excesului de alcool, evitarea contactului cu noxe cu potențial carcinogen (hidrocarburi, solvenți, vopseluri, clor etc.), înlăturarea factorilor poluanți. O alimentație bazată pe produse proaspete, neconservate, cu legume și fructe în cantități suficiente, o bună vitaminizare, evitarea regimului exclusiv vegetal, constituie de asemenea o atitudine preventivă eficace. Tabelul 3 oferă o orientare în ceea ce privește măsurile generale care pot fi luate pentru scăderea riscului de cancer.

Tabel 3: Legătura între dietă/efortul fizic și riscul de cancer

Nivelul dovezii	Risc scăzut	Risc crescut
Semnificativ	Activitatea fizică (pentru cancerul de colon, sân)	Supraponderalitatea și obezitatea (cancer de esofag, colorectal, sân, uter, rinichi)
Probabil	Fructe și legume (pentru cancerul oral, stomac, colorectal)	Carne conservată (cancer colorectal), alimente conservate prin sare (stomac); alimente foarte fierbinți (cavitate orală, faringe, esofag)
Posibil/insuficient	Fibre vegetale, pește, acizi grași nesaturați, vitamine B2, B6, B12, acid folic, calciu, zinc, seleniu, flavonoide	Grăsimi animale, hidrocarburi policiclice aromate, nitrozamine

Conduita preventivă interesează atât medicul cât și pacientul (subiectul predispus riscului de a dezvolta o formă de boală canceroasă).

Orice persoană care are în familie rude suferinde de cancer, sau este expus la locul de muncă unor factori nocivi, urmează tratamente care scad apărarea imunitară sau prezintă boli interne complexe, trebuie să se adreseze serviciilor medicale și să solicite explorări suplimentare.

De asemenea, orice persoană trebuie să fie sensibilizată asupra unor simptome sau semne care pot constitui semnale de alarmă (asa numitele „red flags”) pentru o boală neoplazică cu evoluție subclinică. Am amintit anterior de sindroamele paraneoplazice. Ele sunt descoperite de către medic, pacientului revenindu-i misiunea de a descoperi și semnalele manifestărilor a caror evaluare și semnificație le poate analiza el însuși.

Există simptome generale, care pot fi întâlnite în aproape orice boală internă cu evoluție cronică. O stare de oboseală ne-explicată (prin efort susținut sau lipsa concediilor de odihnă), scăderea ponderală de asemenea nejustificată de un regim alimentar restrictiv autoimpus, febra, transpirațiile nocturne, tusea, eliminarea de sânge prin tuse, scaun sau urină, durerea persistentă de organ, sunt manifestări întâlnite în multe boli interne, nu în mod obligatoriu numai în neoplazii. O evaluare atentă a lor poate releva însă o boală neoplazică necunoscută până în acel moment.

Există însă manifestări care atrag atenția unui medic antrenat și sensibilizat în același timp, manifestări care pot reprezenta partea vizibilă a unui “iceberg neoplazic”.

Tabelul 4 enumeră câteva din principalele semne și simptome care trebuie să atragă atenția oricărei persoane.

Tabel 4: Semne și simptome de alarmă

Semne/Simptome	Condiții particulare	Semnificație posibilă
Tusea persistentă	Bărbat >40 ani, fumător	Cancer pulmonar
Hemoragia genitală (falsa menstruație)	Femeie în postmenopauză	Cancer al corpului uterin
Sângerare vaginală post-coitală	Femeia cu activitate sexuală, indiferent de vârstă	Cancer de col uterin
Prurit persistent de cauză nedecelabilă	Orice vârstă	Leucemii, limfoame
Leziune cutanată persistentă, sângerândă, rezistentă la tratament	Orice vârstă	Cancer al pielii
Alunița (nev pigmentar) care-și modifică caracterele (stare de "agitație")	Orice vârstă	Melanom malign
Tuse cu sânge	Adult, vârstnic	Cancer pulmonar
Sângerare rectală	Lipsa unei cauze decelabile	Neoplasm colo-rectal
Alternanța constipație/diaree	Adult	Neoplasm colo-rectal
Modificări mamare (noduli, deformarea sânului, rețracția mamelonului)	Sex feminin	Neoplasm mamar
Urina cu sânge	Adult	Neoplasm vezica urinara Neoplasm renal
Durere osoasă localizată, persistentă, recidivantă	Orice vârstă	Cancer osos Leucemie

Pacientul și medicul au la dispoziție o serie de explorări care ajută la descoperirea precoce a cancerului. Există protocoale de urmărire a pacienților cu risc, dar și a populației generale pe perioade determinate de timp, materializate sub forma screening-urilor. Acestea au o serie de avantaje legate de descoperirea relativ precoce a unei boli neoplazice, dar prezintă și unele dezavantaje, legate de costuri, rezultate fals- pozitive sau negative, dificultățile legate de alegerea populației țintă etc.

American Cancer Society recomandă o serie de investigații în scopul depistării precoce a principalelor tipuri de cancer.

Câteva recomandări:

- pentru **cancerul mamar**: se recomandă *autoexaminarea sânului* de catre femeie, lunar, dupa vârsta de 18 ani; *examinarea sânului de catre medic*, la

fiecare 3 ani (între 18-40 ani), după care anual; *mamografie* (o examinare de referință între 35 – 40 ani, după care la 1-2 ani între 40 – 49 ani și anual după vârsta de 50 ani)

- **cancerul de col uterin:** testul Papanicolau, recomandat anual, la femeile între 18 – 65 ani;
- pentru toate tipurile de **cancer genital:** examinare ginecologică la 1-3 ani între 18 – 40 ani, apoi anual;
- **cancer pulmonar:** nu se recomandă de rutină radiografia pulmonară sau examenul sputei;
- pentru **cancerul de prostata:** tușeul rectal și test pentru antigenul prostatic specific (PSA) – anual după 45 ani;
- pentru **cancerul colo-rectal:** testul de depistare a hemoragiilor oculte, anual după vârsta de 40 ani.

Cu câteva excepții, toate testele de screening sunt destul de costisitoare, astfel încât punerea în aplicare a screeningului ar presupune suportarea de către beneficiari a acestor costuri sau de către organizatori sau instituția tutelară (minister, Guvern, DSP, Case de asigurări).

În unele cazuri, de exemplu, pentru cancerul pulmonar s-a renunțat la realizarea unor screeninguri datorită evoluției infauste a acestei maladii, chiar în condițiile unei descoperiri și terapii precoc.

La polul opus se situează screeningul pentru cancerul mamar, cancerul de col uterin, cancerul cutanat sau cancerul de prostată, care și-au dovedit eficiența. În alte cazuri, cum ar fi cancerul gastric, chiar dacă o acțiune de screening s-a dovedit eficientă, costurile sunt atât de mari încât poate fi aplicabilă doar în sistemele sociale-economice foarte bogate.

Consecințele asupra pacientului și sistemului de asistență medico-socială

Cancerul este o boală cu evoluție cronică, în marea majoritate a situațiilor. Chiar dacă tumora a fost extirpată prin metode chirurgicale, pacientul trebuie supus unor manopere și protocoale post-diagnostice și post-chirurgicale adesea greu de urmărit și greu de suportat. Chimioterapia și/sau radioterapia post-operatorie se însoțesc de reacții adverse greu de combătut, care pun în dificultate hotărârea pacientului de a continua. De asemenea, aceste intervenții terapeutice (absolut necesare pentru asigurarea unor șanse mai mari de vindecare) necesită mare rigurozitate din partea pacientului și multă determinare. Uneori pacienții, exasperați de disconfortul trăit la fiecare ședință terapeutică, au tendința de a renunța la aceste tratamente (iar unii chiar renunță), anulând în acest fel tot ce s-a câștigat până în momentul respectiv, și diminuându-și în același timp șansele de supraviețuire.

Aflarea diagnosticului reprezintă un moment de mare dificultate pentru pacient, acesta percepend boala ca o mare amenințare pentru viața sa. Se consideră că 1/3 din pacienți dezvoltă, după aflarea diagnosticului, diverse forme de anxietate și depresie.

Efectele bolii asupra statutului său profesional și a stării sale economice nu sunt de neglijat. Unele forme de cancer (în special cele descoperite în faze avansate sau care necesită extirpări chirurgicale mutilante) impun pensionarea temporară sau definitivă a suferindului, diminuându-i câștigurile și statutul social. În multe cazuri, terapia adjuvantă sau terapia de însoțire (prevăzută în protocoalele terapeutice post-operatorii) necesită cheltuieli mari din partea pacientului și familiei sale, în special în țările unde sistemul de asigurări de sănătate este precar sau pacientul nu este asigurat și pentru astfel de situații.

Asistența pacientului cu cancer presupune, în fazele avansate ale bolii, eforturi mari financiare și umane inclusiv pentru îngrijirile zilnice care se impun. Pacientul își pierde cu timpul autonomia, iar necesitățile de îngrijire (alimentație, igienă, consiliere psihologică, etc.) devin tot mai complexe. Se poate afirma că asistența medico-socială a pacientului cu cancer este extrem de costisitoare pentru orice sistem de asigurări, oricât de dezvoltat ar fi acesta.

În rezumat, cancerul determină o serie de **complicații** care accentuează suferința pacientului: dureri, greață, scăderea apetitului alimentar, scădere ponderală până la cașexie, astenie marcată (epuizare), insuficiența de organ sau disfuncții amenințătoare pentru funcțiile vitale etc. Practic, în stadiile avansate, se pot întâlni suferințe ale mai multor organe: sistem nervos central (compresii, metastaze cerebrale), rinichi, inima (insuficiență cardiacă), hematologic ("sufocarea" maduvei hematogene de către celulele neoplazice metastazante la acest nivel), disfuncții respiratorii (prin metastaze multiple la acest nivel sau prin revărsatele pleurale care pot apare).

Durerea este un simptom redutabil, care trebuie combătut cu toate mijloacele. Ea este datorată în general existenței metastazelor osoase, organice, sau compresiei exercitate de tumoră către țesuturile din jur. Terapia anti-algică va fi adaptată pragului de sensibilitate al pacientului, putându-se ajunge până la utilizarea de opiacee (morfină sau produse de sinteză, înrudite).

Efectele **imobilizării la pat** trebuie contracarate printr-un program standardizat de exerciții, mobilizare parțială, fizioterapie, recuperare și gimnastică medicală. Aceste îngrijiri împiedică și posibilele complicații din partea sistemului musculo-articular și cutanat (artroze și anchiloze, emaciarea maselor musculare, escarele de decubit).

Suferința psiho-afectivă trebuie tratată obligatoriu, pentru a împiedica pe de o parte capitularea pacientului în fața bolii și pe de altă parte, pentru a îmbunătăți calitatea vieții acestuia. Se pot aplica tehnici de psiho-terapie, consiliere, menținerea într-o activitate lucrativă a pacientului (dacă este posibil), menținerea strânsă a legăturilor cu familia și alte persoane apropiate, și nu în ultimul rând, utilizarea unei medicații antidepressive.

Terapia de însoțire (chimioterapia, radioterapia și terapia hormonală) trebuie respectată în scopul creșterii șanselor de supraviețuire. Pacientul trebuie convins de utilitatea acestor metode terapeutice, dar pe care trebuie să le accepte în deplină cunoștință de cauză. Pacientul poate refuza – din diverse motive – tratamentul recomandat.

Rolul serviciilor de asistență medico-socială în prevenirea și managementul bolilor neoplazice

Cancerul reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, și este de înțeles implicarea importantă a diverselor componente ale sistemului de asistență medico-socială în managementul acestui grup de afecțiuni.

Aceste componente trebuie să acționeze atât prin **metode generale** (prin educație sanitară, programe de igienă a mediului, a muncii, a alimentației, a construcțiilor, ecologizarea industriei poluante, legislație specifică etc.) cât și prin metode adresate direct **populației cu risc** (instruire, educație pentru sănătate, depistarea precoce a factorilor de risc, depistarea precoce a îmbolnăvirilor, asigurarea resurselor pentru terapia curativă a bolilor, asigurarea resurselor pentru dispensarizarea acestor bolnavi și pentru rezolvarea problemelor sociale apărute).

În mod concret, în managementul bolii neoplazice trebuie să se implice atât serviciile publice de medicină preventivă (sub tutela Guvernului), cât și serviciile medicale primare (medicii de familie) sau secundare și terțiare (ambulatorul de specialitate și spitalul sau institutele naționale de profil); la acestea trebuie să se alature serviciile de psihologie și psihiatrie, serviciile de asistență socială și consiliere, autoritățile locale – primării, consilii locale și județene, prefecturi).

Un bun management al pacientului suferind de cancer nu înseamnă doar o terapie adecvată și o dispensarizare optimă, ci necesită în plus acțiuni suplimentare în sfera socială, familială și profesională. Oricât de performant ar fi un sistem medical, el nu poate rezolva toate problemele pe care un pacient confruntat cu o astfel de boală le întâmpină. Efectele benefice ale unei operații sau terapii medicale pot fi anulate de perpetuarea unor probleme extra-mediceale (lipsa de îngrijire la domiciliu, lipsa familiei, lipsa fondurilor, condiții precare de locuit, lipsa unei alimentații adecvate, a unei terapii de suport, deficiențele în consiliere sau asistență socială etc.).

Tabel 5: Instituțiile și rolul lor în managementul pacientului cu boală malignă

Instituție	Rol
Serviciile de medicină preventivă	- acțiuni de prevenție la nivel comunitar: educație sanitară, controlul alimentelor, monitorizarea poluării mediului; - programe de screening - educația populației pe teme specifice: autocontrol, control medical periodic, identificarea factorilor de risc etc.

Instituție	Rol
Medicul de familie	- educația pentru sănătate a asiguraților proprii; - controlul periodic anual - identificarea persoanelor cu risc crescut - depistarea precoce a bolii și consilierea pacientului - dispensarizarea pacienților diagnosticați și tratați; - consilierea pacientului și familiei - asistența pacientului la domiciliu (îngrijiri comune sau îngrijiri paliative)
Ambulatorul de specialitate și spitalul	- diagnosticul exact și instituirea terapiei - monitorizarea evoluției pacientului - comunicarea și cooperarea cu medicul de familie - raportarea cazurilor la DSP și Ministerul sănătății - dezvoltarea serviciilor de ambulator pentru dispensarizarea de specialitate a pacienților cu cancer - realizarea de protocoale, ghiduri și scrisori metodologice destinate eșaloanelor primare sau serviciilor de același nivel - cooperare interdisciplinară - dezvoltarea serviciilor de asistență oncologică
Serviciile de psihologie/psihiatrie	- dezvoltarea serviciilor de asistență de profil pentru pacienți și familiile lor - consiliere și psihoterapie - protocoale de conduită față de pacientul cu neoplazie malignă
Asistența socială	- identificarea problemelor pacientului și familiei sale - consiliere profesională, familială, de re-integrare socială - soluții pentru depășirea dificultăților materiale - asistență a serviciilor domestice (însoțitori, personal de sprijin și îngrijire etc.) - sprijinirea periodică a pacienților cu situație materială precară
Primăriile, Consiliile locale, Prefecturile	- dezvoltarea unor servicii sociale performante și specializate în asistența persoanelor cu handicap, dizabilități și a pacienților cu boli maligne invalidante - sprijinirea proiectelor locale de dezvoltare a serviciilor medicale oncologice; - dezvoltarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu - acordarea de asistență juridică, administrativă pentru persoanele cu cancer

Concluzionând:

- odată cu apariția terapiei radiologice și chimioterapice, cancerul și-a pierdut „aura” de maladie incurabilă și echivalentă a morții;
- există forme de cancer cu evoluție limitantă sub tratament (chiar curabile), există însă și forme de cancer cu evoluție rapidă către deces;
- acțiunea preventivă și de depistare precoce rămâne modalitatea cea mai ieftină de limitare a fenomenului;
- pacienții cu cancer reclamă probleme multiple care trebuie soluționate în cadrul unei echipe interdisciplinare.

5. Accidentele, traumatismele și otrăvirile. Patologia dezastrelor

După natura lor și tipul de agent cauzal, accidentele, otrăvirile și traumatismele (AOT) produc:

- leziuni traumatice de diverse fome și grade de gravitate
- arsuri sau degerături
- otrăviri și intoxicații

În funcție de cauzele externe întâlnite, se deosebesc:

- accidente de transport
- accidente de muncă
- accidente casnice
- dezastre și calamități
- accidente prin foc sau electrocutie
- căderi, înec
- sinucideri/omucideri/agresiuni din mediul extern (mușcături de animale, reptile, înțepături de insecte, otrăviri cu plante toxice)

Consecințe:

- alterări ale sănătății de intensitate și consecințe variabile (de la cele simple la cele care pun în pericol viața/funcționarea unui organ)
- consecințe personale (infirmitate, incapacitate, mutilare permanentă)
- implicații familiale, profesionale, sociale și economice:
 - absenteism profesional
 - desocializare
 - disfuncții familiale
 - consum medical și financiar
 - mortalitate prematură (AOT scurtează speranța de viață la naștere cu circa 2 ani)

Accidentele se pot produce în orice mediu (mediul casnic, școli, pe stradă etc.), survin în general în circumstanțe bine definite și au agenți cauzali mai ușor de identificat.

Cele mai frecvente sunt:

- accidentele de circulație (rutieră, feroviară, aviatice)
- accidentele casnice (răniri, arsuri, electrocuții)
- accidentele de muncă (de exemplu, 85% din populația activă a țărilor dezvoltate ESTE expusă la cel puțin un accident în decursul vieții active).
- accidente în agricultură (mecanice, chimice, răniri provocate de animale, insecte, reptile)
- căderi de la înălțime
- intoxicații/otrăviri involuntare

Evenimente tragice semnalate în ultimile decenii au condus la apariția și dezvoltarea unei noi secțiuni a medicinei de urgență și anume asistența medicală în caz de dezastre și calamități naturale.

Calamitățile naturale cuprind:

- cutremurul de pământ, alunecările de teren, căderile de corpuri cerești. Cutremurul de pământ și impactul cu asteroizi/meteoriți pot produce adevărate cataclisme naturale.
- uragane, taifunuri, furtuni puternice
- seceta prelungită/inundațiile devastatoare (produse indirect și prin intervenția/lipsa de intervenție a omului)
- modificări climaterice: încălzire globală (favorizată și de intervenția omului)
- distrugerea stratului de ozon și creșterea efectelor nocive ale radiațiilor solare
- deșertizarea (favorizată de lipsa de intervenție a omului)

Dezastrele sunt produse de calamități naturale (neinfluențate sau puțin influențate de intervenția omului) sau prin intervenția directă a omului. Dezastrele produse prin intervenția directă a omului (DIDO) sunt reprezentate de:

- conflicte armate cu arme convenționale sau neconvenționale (arme nucleare, chimice, biologice)
- actele teroriste
- dezastrele ecologice (poluarea atmosferică, a apei și solului)
- accidente nucleare și chimice
- inundații (defrișări masive, modificări ale formelor de relief)

Date din România

- anual se înregistrează peste 250000 cazuri noi de traumatisme și otrăviri; ponderea cea mai mare o au căderile, accidentele de muncă și transport, incendiile, accidentele casnice;

- decesele prin traumatisme și otrăviri ocupă locul 3 în cadrul mortalității în spital și locul al 4-lea în cadrul mortalității generale, cu peste 14000 decese anual (după cauzele cardio-vasculare și cerebro-vasculare, tumori, boli respiratorii);
- sunt afectate practic toate vârstele și ambele sexe (frecvența cea mai mare între 25 – 65 ani, la sexul masculin și populația rurală);
- determină un procent ridicat de infirmitate cu invaliditate (vârstele înaintate și sexul masculin);
 - pe vârste, situația este următoarea:
 - între 0-4 ani: număr de decese mai mare decât cel semnalat în țările europene (intoxicații, accidente de circulație, arsuri, sufocări)
 - mortalitatea crește o dată cu vârsta > 15 ani;
 - ocupă primul loc la mortalitatea între 14-44 ani (datorită în special accidentelor de circulație, casnice, traumatismelor din industrie) în special la sexul masculin (se constată o supramortalitate masculină).

Moartea violentă

Mortalitatea prin violență în România are numeroase cauze. Tabelul 6 oferă datele furnizate de Rețeaua de Medicină Legală, în 2002. S-au înregistrat 3471 sinucideri, 2600 morți prin accidente rutiere, 2475 decese prin accidente diverse, 873 omucideri, 641 decese prin accidente casnice, 477 prin accidente de tren, 304 decese prin accidente de muncă, 83 pruncucideri etc.

Tabel 6: Moartea violentă în România – 2002
(date furnizate de Rețeaua de Medicină Legală)

Cauze ale morților violente	%
Sinucideri	31
Accidente rutiere	23
Omucideri	8
Accidente casnice	6
Accidente feroviare	4
Accidente de muncă	3
Alte accidente de trafic	1
Pruncucideri	1
Erori medicale	0,1
Alte împrejurari	23

Mecanismele prin care se produc morțile violente cuprind o paletă largă (Tabel 7); datele sunt extrase din raportul Rețelei de Medicină Legală din România. Predomină

agresiunea cu un corp dur, asfixiile mecanice (sugrumare, sufocare, spânzurare, submersie, compresie toraco-abdominală etc.), intoxicațiile, electrocuții etc.

Tabel 7: Mecanismele de producere a morților violente

Mecanisme de producere a morților violente	%
Lovire cu corp dur	37,5
Asfixie mecanică	35
Intoxicații	11
Arsuri	3,1
Înghiț	2,6
Electrocuție	2,3
Lovire cu corp ascuțit	2,2
Împușcare	0,5
Explozii	0,2
Alte mecanisme	4

În ceea ce privește omuciderile, conform datelor INML, acestea au cunoscut o scădere între anii 2000 – 2002 (de la 1024 la 873), scădere apreciabilă față de 1992 (când s-au înregistrat 1237 omucideri). Media națională a fost de 3,9 cazuri/100.000 locuitori. Sunt zone unde se înregistrează însă valori mai mari (Iași – 8,85, Vaslui – 8,15, Craiova – 6,72). Ca mecanisme de producere – predomină loviturile cu obiecte dure.

În ceea ce privește dinamica sinuciderilor (analizate ca sursă de mortalitate violentă), datele sunt cuprinse în tabelul 8.

Tabel 8: Dinamica sinuciderilor (1996–2002)
(Rețeaua Națională de Medicină Legală)

An	Nr. sinucideri
1996	2933
1997	3174
1998	3318
1999	3541
2000	3967
2001	3120
2002	3486

Se observă o evoluție ascendentă în perioada 1996–2000 (de la 2933 la 3967 sinucideri în 2000), o scădere în 2001 pentru ca în 2002 numărul de sinucideri să crească din nou.

Accidentele de muncă

Definiție:

orice accident survenit când victima se află sub responsabilitatea angajatorului (la locul de muncă, cu ocazia deplasării în timpul lucrului sau pe traseul de la locul de muncă la domiciliu).

Sunt din ce în ce mai numeroase și mai grave, determinând un număr apreciabil de decese, numeroase cazuri de handicap, numeroși răniți.

În consecință, accidentele de muncă generează un cost economic foarte ridicat. În mod obișnuit, instituțiile publice medico-sanitare și companiile de asigurări trebuie să plătească cheltuielile legate de prevenție, tratarea victimelor, pensiile de invaliditate, indemnizațiile de concedii medicale; economia pierde, de asemenea, numeroase zile-muncă, ceea ce scade productivitatea.

În România s-au înregistrat – în anul 2002 – 304 decese prin accidente de munca. Acest nivel este mai scăzut decât cel înregistrat în anii precedenți (445 decese în 1994, 479 decese în 1996). Această tendință poate fi explicată prin reconversia industriei grele și extractive, care în mod constant furnizau numărul cel mai mare de decese prin accidente la locul de muncă.

Cauze principale:

- utilizarea unor mașini periculoase (uzate, lipsa dispozitivelor de securitate) sau în cazul efectuării unor munci periculoase (minerit, construcții etc.)
- condiții grele de muncă: ritm prea mare, zgomot, temperatură excesivă, intemperii;
- cauze umane: necunoașterea pericolelor datorită inexperienței, neinstruirii sau nerespectării normelor de protecția muncii, oboseală, neatenție, alcoolism (acesta cauzează circa 15% din accidentele de muncă).

Categoriile profesionale cele mai expuse:

- construcții (mari șantiere), metalurgie, transporturi, minerit, industria forestieră;
- muncitori necalificați;
- muncitori sezonieri, stagiați sau ucenici;
- personalul muncitor tânăr.

Soluții pentru limitarea accidentelor de muncă:

1. instituirea unei *reparații particulare morale și economice* din partea asigurărilor sociale în cazul accidentelor de muncă și bolilor profesionale (care în mod normal ar trebui finanțate exclusiv prin cotizațiile patronale):
 - gratuitatea îngrijirilor medicale
 - indemnizații de întrerupere a muncii, din prima zi a invalidității până la reluarea lucrului;
 - ajutor de invaliditate sau deces

2. *Ameliorarea legislației în materie de igiena muncii și condițiile de muncă:*
 - dispozitive de siguranță pe unele mașini sau unelte;
 - protecție individuală: măști, cască, ochelari, salopete;
 - igiena locului de muncă: temperatură, zgomot, noxe, pulberi, curățenie;
 - condiții de muncă: ritm, durata lucrului, ture de noapte sau prelungite, respectarea pauzelor etc.
 - necesitatea apariției inspectorilor de muncă, care să viziteze, să constate și să sancționeze deficiențele constatate.
3. *Ameliorarea prevenției:*
 - a) prin informarea și sensibilizarea muncitorilor:
 - informarea asupra importanței accidentelor la locul de muncă, consecințele umane și economice;
 - dezvoltarea spiritului de securitate prin intermediul afișelor, conferințelor etc.;
 - b) prin depistarea muncitorilor inapți de a ocupa un post la locul de muncă respectiv;
 - c) existența a cel puțin un serviciu medical cu cel puțin un medic de medicina muncii, care să controleze periodic starea de sănătate a muncitorilor, aptitudinile lor pentru postul respectiv și de asemenea pentru depistarea celor bolnavi.
 - d) contribuția întreprinderilor la asigurările de accident

Accidentele de circulație (AC)

Definiție:

“traumatismele provocate de către un vehicul cu motor pe o cale rutieră publică” (se exclud cele provocate de tren, vapor, avion).

Istoria automobilului durează de peste un secol, la fel evoluția accidentelor rutiere. Primele accidente de autovehicol au fost semnalate Anglia (1896) și SUA (1899); în prezent, acestea determină peste 10 milioane de răniți și peste 1 milion de decese anual.

În SUA ele sunt de 2 ori mai frecvente decât bolile infecto-contagioase; între 1900 și 1964, această adevărată “epidemie rutieră” a provocat de 52 ori mai mulți răniți și de 2,6 ori mai multe decese decât războaiele.

Conform datelor OMS, citate de Dana G. Mincă și colab. (UMF București), la nivel mondial se înregistrează zilnic 3000 decese datorită accidentelor rutiere. De asemenea, sursele OMS plasează accidentele rutiere pe locul al 10-lea în clasamentul cauzelor de deces (mortalitatea specifică prin AC reprezintă 2,2% din mortalitatea globală).

Se apreciază că menținerea ritmului actual de producție și comercializare a automobilelor în paralel cu intensificarea circulației urbane va determina o creștere și mai mare a numărului AC, ajungându-se ca, în 2020, acestea să devină o adevărată

„pandemie”, constituindu-se în a 3-a cauză de invaliditate permanentă (după accidentele ischemice coronariene și bolile sistemului nervos).

Spre deosebire de alte patologii, mărimea și aria de cuprindere a acestei epidemii este direct proporțională cu nivelul de dezvoltare a societății respective.

Accidentele de circulație sunt mai frecvente în țările dezvoltate, în țările cu obiective turistice, regiunile de tranzit pentru mari rute de transport.

În țările dezvoltate economic participanții la trafic beneficiază însă de legislație adecvată, căi de rulare moderne și spațioase, un parc auto din ce în ce mai performant și instituții și instrumente eficiente de prevenție. Un loc important îl ocupă programele guvernamentale de prevenție, educație civică, de „civilizare” a comportamentului rutier. Toți acești factori fac ca, deși evenimentele rutiere să se mențină la nivele ridicate, mortalitatea și invaliditatea permanentă să scadă continuu.

Pe de altă parte, căile rutiere nedezvoltate, degradate, disproporționate față de amploarea traficului, caracteristici specifice țărilor nedezvoltate, sunt factori care favorizează înmulțirea evenimentelor dramatice în aceste arealuri. La acești factori se adaugă lipsa unei legislații rutiere moderne și adaptate specificului local, lipsa educației rutiere, comportament rutier riscant, calitatea precară a parcului auto.

Accidentele sunt de o mare varietate, ca gravitate, amploare și forme de leziuni. Pot fi accidente izolate, în care este implicat un singur vehicol, sau se pot produce adevărate catastrofe rutiere, atunci când sunt implicate mijloace mari de transport sau mai multe vehicule.

Date generale

- riscul de a deceda prin accidente rutiere este, pentru vârstele active, de 3 ori mai mare decât prin alte evenimente.
- decesele prin AC a vârstelor între 20 – 30 ani reprezintă 2/3 din totalul accidentelor mortale și 1/3 din totalul deceselor la această categorie de vârstă;
- sexul masculin deține o frecvență dublă și o mortalitate triplă;
- în țările dezvoltate pietonii sunt din ce în ce mai puțin implicați în AC, comparativ cu pasagerii sau conducătorii auto;
- în România mortalitatea prin AC este de 12,81/100.000 locuitori, comparativ cu media europeană de 10,23/100000 locuitori și în condițiile unei înzestrări mai sărace a parcului auto (motorizare mai mică). Accidentele de circulație produc 25% din totalul deceselor înregistrate prin accidente.
- cele mai multe AC se produc în lunile de vară – toamnă, în week-end și în orele amurgului.
- AC sunt mai frecvente în mediul urban.
- județele cu cele mai multe decese datorate AC sunt: Iași (18,8), Ialomița (17,7), Sibiu(16,5). Pe de altă parte Harghita, Covasna, Gorj înregistrează cele mai puține decese prin AC.

- conform datelor Poliției Rutiere Române, accidentele grave de circulație scad de la an la an; de exemplu în primele 9 luni ale anului 2003 s-au înregistrat 4512 accidente grave (cu 481 mai puține decât în 2002), producându-se 1456 decese și 3815 răniți grav (comparativ cu 1712 decese și respectiv 4117 răniți grav în 2002). Per ansamblu, în anul 2003 decesele prin AC au fost de 2235, numărul de răniți grav de 5538 iar numărul total de accidente grave a fost de 6654 (date citate de Dana G.Mincă și colab.).
- pe vârste și sexe situația este următoarea: 75% din decesele prin AC se înregistrează la bărbați; peste 10% din decese se înregistrează la copiii 0-14 ani.
- 241 de copii de vârstă 0-14 ani au decedat ca urmare a accidentelor rutiere în 2001 și 253 în anul 2000. 75 % din decesele prin accidente rutiere se produc la bărbați. Din totalul deceselor prin accidente de toate cauzele, decesele prin accidente de circulație au o pondere de 25%.

Cauzele AC sunt legate de participantul la trafic (șoferi, pietoni, pasageri), de calitatea drumului și caracteristicile automobilului.

Participantul la trafic este principalul responsabil de producerea AC (peste 80% sunt provocate de om).

Cei mai predispuși la a produce AC sunt:

- persoanele cu diverse boli: cardio-vasculare sau cerebro-vasculare, psiho-neurologice, diabeticii, persoanele cu deficiențe oculare;
- persoanele aflate sub tratament cu medicamente care influențează atenția, concentrarea, reflexele, unele simțuri (văz, echilibru): unele medicamente în sfera cardio-vasculară, tranchilizantele, sedativele, hipnoticele, hipoglicemizantele – în special insulina, antialergicele, analgezicele opioide, salicilații
- persoane cu un anumit tip comportamental: tulburări de personalitate, anxietate, spirit de competiție exagerat, emotive, ideatie deficitară;
- experiența personală: lipsa de educație rutieră, lipsa calificării, experiența insuficientă (șoferii începători), lipsa de îndemânare sau deprinderi în a conduce autovehicolul etc.;
- unele situații particulare:
 - neatenția și imprudența
 - convalescența
 - consumul excesiv de cafea și alte stimulente ale sistemului nervos central
 - consumul de alcool
 - starea de ebrietate non-alcoolică

Consumul de alcool reprezintă cea mai frecventă cauză de producere a AC. Se apreciază că șoferii și pietonii aflați sub influența alcoolului produc >50% din totalul AC.

De asemenea, necunoașterea regulilor de circulație și neîndemânarea sau neatenția modifică comportamentul în trafic. Neacordarea priorității, nesemnălizarea

schimbării direcției de rulare, ne-asigurarea la traversarea străzilor sau a intersecțiilor, depășirile interzise sau neconcordanța vitezei cu situația concretă din trafic reprezintă circumstanțele cele mai frecvente în care se produc aceste accidente.

Caracteristicile drumului

Calea de rulare poate oferi condiții favorabile de producere a unor accidente: intersecțiile periculoase, panta lungă și accentuată, curbele periculoase, vecinătatea cu terenurile agricole, spațiile publice sau instituții cu trafic pietonal intens (universități, școli, spitale, stadioane etc.), lipsa dotării cu spații de parcare sau refugii sigure, lipsa de vizibilitate. Nu în ultimul rând, menținerea accesului pe drumurile extra-urbane a bicicliștilor, atelajelor cu tracțiune animală, a pietonilor sau a animalelor, lipsa sistemelor de avertizare-semnalizare, monotonia drumului, lipsa serviciilor de siguranță rutieră etc. sunt factori care cresc la rândul lor pericolul și riscul de accidente.

Se apreciază că aceste caracteristici produc între 5- 15% din totalul AC

Autovehicolul

Este implicat în până la 5% din AC.

Cauze:

- defecțiuni ale sistemelor de frânare, semnalizare, rulare și direcție (defecțiuni tehnice grave)
- lipsa înzestrării cu mecanisme de protecție: air-bag-uri, centuri de siguranță, structura de rezistență a părților frontale, laterale și a capotei, sistemele de frânare asistată (antiderapaj);
- lipsa reviziilor tehnice anuale

În momentul de față producătorii de automobile tind să ofere din ce în ce mai multe înzestrări de siguranță pentru autovehicole (airbag pentru toți pasagerii, ABS etc.), cu riscul creșterii prețurilor și scăderii numărului potențialilor cumpărători. Pe de altă parte, aceste sisteme de siguranță sunt absolut necesare dacă privim prin prisma numărului mare de morți și răniți grav din rândul șoferilor și pasagerilor.

Este evident că un parc auto re-înnoit, modern, înzestrat cu sisteme de siguranță scade riscul producerii accidentelor grave și a pierderilor materiale.

Nu trebuie neglijat nici în acest punct factorul uman, care, așa cum am arătat, este principalul responsabil de producerea AC.

Un automobil performant poate constitui, sub controlul unui șofer imprudent, ne-educat și cu grave probleme de comportament și discernământ, o armă extrem de periculoasă, cauzatoare de adevărate carnagii rutiere. Înzestrarea automobilului cu mijloace performante de siguranță, puterea motorului și accelerația rapidă se pot transforma în adevarați precursori ai producerii accidentului, mai ales la o persoană needucată, cu grave curențe de caracter.

Metode de prevenție**Tabel 9: Metode de prevenție a accidentelor de circulație**

Subiect	Metode de prevenție
Conducătorul auto/Pieton	- control psihologic periodic, atât pentru obținerea permisului de conducere cât și pe parcurs - controlul stării generale de sănătate (evidențierea bolilor sau stărilor care nu permit conducerea autovehicolelor) - educația rutieră periodică (cursuri, seminarii) inclusiv la școli; - informare rutieră și sensibilizare prin mas-media asupra riscurilor de accident - înăsprirea pedepselor pentru încălcarea regulilor de circulație și a comportamentului riscant la volan (inclusiv pentru consumul de alcool, droguri, existența unor boli grave sau cu evoluție imprevizibilă)
Calea de rulare	- modernizarea șoselelor (semnalizare, carosabil, linii de centură sau ocolire a centrelor populate) - limitarea vitezei maxime admise - interzicerea accesului pietonilor, biciclistilor, caruțelor pe șoselele cu trafic intens/drumuri naționale - servicii de siguranță rutieră
Autovehicolul	- controlul stării tehnice - accesorii și îmbunătățiri privind siguranța (semnalizare, centura de siguranță, limitatoare de viteză, airbag-uri și sisteme antiderapaj etc.

Accidente în mediul casnic

Au cauze dintre cele mai variate: consumul de alcool, violența în familie, pauperizarea, înzestrarea săracă a locuințelor, neatenție, lipsa comportamentului preventiv, și nu în ultimul rând, lipsa de instruire.

Practic, fiecare persoană, începând cu primii ani de viață, trebuie instruită pentru a evita producerea de accidente în mediul casnic.

Importanța problemei este subliniată de numărul mare de răniri, invalidități (temporare sau permanente) și decese (6% din totalul morților violente în 2002 s-au produs prin accidente casnice). O atenție particulară trebuie acordată următoarelor situații:

- instalația electrică a locuințelor, dependințelor și utilizarea aparatelor electrice;
- instalația de gaze naturale, sobe, coșuri de evacuare a fumului
- balustrade, balcoane, ferestre – prevenirea defenestrării accidentale
- pardoselile – prevenirea alunecării și căderii

- boilere electrice sau pe gaze, centrale termice – utilizarea cu prudență a apei calde;
- căile de acces în locuință: securizarea trotuarelor, a scărilor (pentru prevenirea căderilor);
- animalele domestice: câini, pisici, animale de tracțiune;
- animalele sălbatice sau din afara gospodăriei
- focarele de insecte (albine, viespi)
- muncile agricole și mânuirea uneltelor domestice mecanice sau electrice (unelte ascuțite, tăioase, ferăstraie electrice, mașini de găurit, aparate de sudură etc.);
- sursele de apă de adâncime sau suprafață (securizarea fântânilor, rezervoarelor, piscinelor etc.);
- asigurarea substanțelor inflamabile (combustibil solid și lichid)
- punerea în siguranță a substanțelor chimice (otravă, insecticide, îngrășăminte chimice, medicamente);

Principalele mecanisme prin care se produc accidente casnice sunt: arsurile, electrocuția, înecul, asfixia, sufocarea, căderea, răni prin înțepare sau tăiere, agresiuni ale animalelor (mușcături, contuzii), insectelor și reptilelor.

